



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM
CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM SOCIOLOGIA

MIRACI DOS SANTOS CORREIA

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DE
SERGIPE

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2015

MIRACI DOS SANTOS CORREIA

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DE
SERGIPE

Dissertação de Mestrado em Sociologia apresentada ao
Núcleo de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais
da Universidade Federal de Sergipe. Para obtenção do
grau de Mestre em Sociologia.

ORIENTADOR: Prof^ª Dr. Wilson José Ferreira de
Oliveira

SÃO CRITÓVÃO/SE

2015

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

C824a Correia, Miraci dos Santos
Análise da implantação da política de saúde da população
negra no Estado de Sergipe / Miraci dos Santos Correia ;
orientador William José Ferreira de Oliveira. – São Cristóvão,
2015.
85 f.

Dissertação (mestrado em Sociologia) – Universidade Federal
de Sergipe, 2015.

1. Sociologia. 2. Conselhos de saúde. 3. Política pública –
Saúde e higiene - Sergipe. 4. Negros – Saúde e higiene. I.
Oliveira, William José Ferreira de, orient. II. Título.

CDU 316.35:614-054(813.7)

MIRACI DOS SANTOS CORREIA

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DE
SERGIPE

Dissertação de Mestrado em Sociologia
apresentada ao Núcleo de Pósgraduação e
Pesquisa em Ciências Sociais da
Universidade Federal de Sergipe. Para
obtenção do grau de Mestre em
Sociologia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Wilson José
Ferreira de Oliveira

Aprovada em: ____/____/____

Orientador: Prof. Dr. Wilson José Ferreira de Oliveira

1º Examinador: Profª Dra. Tânia Elias Magno da Silva

2º Examinador: Profª Dra. Verônica Teixeira Marques

A minha família que confia inteiramente em mim
Aos meus pais, Maria Cecília e Edvaldo Lemos,
exemplos de ética e dignidade. Com o meu pai
conheci o significado da palavra Amor.

Sergipe é um recanto do Brasil a que brasileiro nenhum pode ser indiferente, tão viva é a irradiação do gosto que se especializou no sergipano pelas coisas literárias e de cultura, tão denso é o conteúdo intelectual do seu passado, tão numerosos são os nomes de filhos desta província que, nos seus dias de colônia, se chamou d'el-Rei, na história das letras do nosso país. Letras que Sergipe tem enriquecido de príncipes”. “De Sergipe, o brasileiro de outro Estado, por mais ignorante que seja da geografia, da paisagem, da produção agrícola, da atividade econômica deste pequeno, mas ilustre pedaço do Brasil, saberá sempre dizer, para caracterizar no mapa brasileiro a província sergipana: aqui há inteligência”. “Inteligência e cultura. Cultura e dinamismo intelectual. O Brasil inteiro sabe o que é esse dinamismo porque em todos os recantos do país se tem feito sentir a inteligência sergipana através dos seus intelectuais jovens, dos seus doutores e bacharéis formados na Bahia, no Recife, no Rio, dos seus moços cheios de vida e entusiasmo espalhados pela magistratura, pelo magistério, pelo funcionalismo federal e dos Estados, pela imprensa, pela medicina, pela literatura, pelo exército, pela marinha, pelo clero, pela indústria, pelo comércio.

Gilberto Freire (Conferência proferida em outubro de 1940, na sessão de abertura do 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, promovido pela Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro, em Aracaju, Sergipe).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus!

Ao professor Wilson Ferreira por ter aceitado ser meu orientador e pela paciência que teve comigo. Quanta paciência!!!!

Aos meus colegas e professores do curso de Mestrado em Sociologia, que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste trabalho;

Aos meus filhos Tulio Correia e Tainah Correia pela confiança que têm em mim, riqueza que Deus me deu, amo vocês!

Ao meu marido Adilson Correia que com muito amor sempre me alerta: “Cuide-se!”;

Aos meus alunos que são o sentido desta busca.

RESUMO

A pesquisa analisou a participação dos representantes do Estado e da sociedade civil no “Comitê Técnico Estadual da Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde”, no processo de implantação da “Política Integral de Saúde da População Negra do Estado de Sergipe”, através de um exame de suas carreiras. A pesquisa utilizou os registros documentais, atas, entrevistas e observações durante as reuniões. O recorte temporal foi de 2013 a 2014, período de criação do Comitê. Os dados revelam que a história é construída numa perspectiva de totalidade e que os aspectos sociais, políticos e econômicos interferem na organização, na formulação e implantação de uma política. A pesquisa conclui que o conselho é um espaço de exercício da democracia, as vivências dos conselheiros devem ser levadas em consideração para que, junto à militância e à prática profissional, construam o saber que os habilita à participação. São atores conhecedores da causa social. Ao participar dos espaços de decisão ampliam seus conhecimentos e ali se sentem valorizados. As redes de relacionamentos e o espaço de formação inserido em um processo, num contexto dos movimentos sociais, são essenciais para o engajamento no Comitê. O cenário aponta para um esvaziamento da política, tornando-a pouco atuante, com pouca força política. É preciso tomar as ruas e praças para que não seja apenas uma questão de negros.

Palavras- chave: Conselho de Saúde; Política pública; Saúde.

SUMMARY

The study analyzed the participation of representatives of the State and civil society in the "State Technical Committee for the Promotion of Equity and Popular Education in Health", in the process of implementation of the "Health Policy of the Black Population of the State of São Paulo" Sergipe, "through a review of their careers .The research utilized documentary records, minutes, interviews and observations during the meetings.The time cut was from 2013 to 2014, when the Committee was created. Constructed from the perspective of totality and that social, political and economic aspects interfere in the organization, formulation and implementation of a policy. The research concludes that the municipality is a space for the exercise of democracy, the experiences of the councilors should be taken in So that, together with militancy and professional practice, they build the knowledge that allows them to participate, they are knowledgeable actors of the social cause, by participating in decision-making spaces, they increase their knowledge and feel valued there. Networks of relationships and training space embedded in a process, in a context of social movements, are essential for engagement in the Commission. The scenario points to an empty policy, making it little active, with little political force. You have to take the streets and squares, so it's not just a matter of blacks.

Keywords: Health Council; Public policy; Cheers.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 O PROBLEMA DA PESQUISA.....	11
1.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	14
1.3 ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA	18
CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E O SUS	20
2.1 ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS	20
2.2 A INDUSTRIALIZAÇÃO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	26
2.3 A IMPLANTAÇÃO DO SUS E OS MOVIMENTOS SOCIAIS	36
2.4 O MOVIMENTO NEGRO E A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	39
CAPÍTULO 2 – ASPECTOS POLÍTICOS NA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA	42
3.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: REFLEXÕES FUNDAMENTAIS PARA A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA	43
3.2 A GÊNESE DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM SERGIPE.....	50
CAPÍTULO 3 – O COMITÊ TÉCNICO ESTADUAL DA PROMOÇÃO DA EQUIDADE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (COEPOPS): HISTÓRIAS, ATORES E COTIDIANO	55
4.1 A CRIAÇÃO DO COMITÊ EM SERGIPE.....	56
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHEIROS.....	64
4.3 ATORES E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO	66
4.4 DINÂMICA DE ENGAJAMENTO NO COMITÊ	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS	74

ANEXOS

ANEXO A.....

ANEXO B.....

ANEXO C.....

ANEXO D.....

ANEXO E.....

ANEXO F

1 INTRODUÇÃO

Seria um dia como outro qualquer na vida de dezenas de aracajuanos e, em particular, na vida dos trabalhadores da saúde pública, dos representantes do movimento negro, da população quilombola e dos representantes do poder público, não fosse pelo acontecimento do “I Seminário Estadual da Política Integral de Saúde da População Negra do Estado de Sergipe”. Tal Seminário ocorreu em maio de 2008, quando não somente a cidade, mas todo o Estado recebeu a visita do Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Política de Promoção de Igualdade Racial da Presidência da República, repercutindo em toda a imprensa local.

Naquele dia iniciavam-se as primeiras discussões acerca do cumprimento da Agenda Nacional de Saúde que, dentre outras atividades, deveria implantar naquele ano em todo o território nacional uma política específica para tratar da saúde integral da população negra. Em tal situação, a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe apresentou uma proposta de implantação da Política que atuaria em três grandes eixos: o do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, o de Promoção da Saúde da População Quilombola e o da Promoção da Participação e do Controle Social, através da criação do Comitê Estadual da População Negra. O primeiro eixo consiste num conjunto de cuidados que devem acontecer continuamente, respeitando os princípios do SUS, às pessoas com Doença Falciforme, a qual é uma doença inflamatória crônica que, caso seja diagnosticada precocemente (neonatal), e receba tratamento adequado (vacinas, penicilina profilática) além de orientação tanto aos pais quanto às crianças, aumenta a sobrevivência das crianças e sua qualidade de vida, contribuindo para a redução da mortalidade. O segundo eixo da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra é o de Promoção da Saúde da População Quilombola. Entende-se por população quilombola os grupos populacionais "remanescentes dos quilombos". Esses grupos possuem mais chances de adquirir a doença falciforme devido aos casamentos que realizam com pessoas da mesma família e pelo “racismo institucional” a que são submetidas. O terceiro e último eixo da proposta inicial de implantação da Política é a Promoção da participação e do controle social através da criação do Comitê Estadual da População Negra, espaço de organização e elaboração da Política. Este último será mais bem detalhado no decorrer deste estudo em virtude da escolha dessa instância de organização para realizar a pesquisa.

Destaque-se ainda que, além dos três eixos propostos pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, fazia parte da Agenda Nacional de Saúde estender a ampliação do Programa Estadual para os 75 municípios do Estado, o que inicialmente se apresentou como um caminho que seria facilmente percorrido, dependia de tempo, disponibilidade de equipe, recursos financeiros e de pessoal.

O desfecho dessa trama não se esgotou no dia seguinte, quando nova notícia foi destaque na primeira página do jornal local, como de costume na mídia brasileira. Sabe-se que as notícias no Brasil aparecem como destaque e durante todo um dia são repetidas muitas vezes nos meios de comunicação, porém, na maioria das vezes são substituídas por outras mais novas, numa velocidade que os olhos não conseguem perceber. A não ser que grupos de interesses particulares se esforcem em manter a informação viva e forte na mente das pessoas. No caso aqui apresentado foi assim que ocorreu. Devido à efervescência política daquele momento, em que as eleições presidenciais estavam próximas, a notícia não foi esquecida no dia seguinte, ao contrário, fomentou inúmeros debates e reuniões por parte dos atores envolvidos em defesa da causa; oficinas temáticas e rodas de conversa foram realizadas gradativamente com o objetivo de debater as principais questões relacionadas à promoção da saúde da população Quilombola, análise do cenário nacional como tentativa de amadurecer e ampliar as discussões até então embrionárias.

Com o passar do tempo e com as discussões que ocorriam ora galopantes ora a passos lentos, surgiram alguns questionamentos os quais me inquietaram e me motivaram a realizar este estudo. Em virtude do meu envolvimento nas reuniões como representante de Instituição de Ensino Superior – Universidade Tiradentes - em eventos dessa natureza, observei as mobilizações, convites e convocações que eram realizadas a essa população específica e as respostas e possibilidades de participação que apresentavam. Naquele período, era professora auxiliar da referida Instituição e membro titular do Fórum de Desenvolvimento Regional da Universidade Tiradentes o qual possuía entre outras funções a de participar em ações coletivas e institucionais que promovessem o desenvolvimento da comunidade. Tal representação favorecia a vinculação da temática de populações vulneráveis à formação acadêmica, oferecendo aos alunos possibilidades de novos espaços de engajamento para o exercício do controle social, além da tentativa de despertá-los para a pesquisa e extensão nestas comunidades. Outro aspecto relevante nessa experiência foi a oportunidade de debater a Política Pública de Saúde com as demais representações da sociedade civil momento

extremamente enriquecedor de crescimento pessoal e profissional, pois a participação das universidades nos conselhos aproxima o debate da teoria e prática e reafirma a sua função social a partir da troca de saberes e da formação profissional.

Assim, entender como ocorreu a efetiva participação da população quilombola naqueles debates foi o ponto de partida deste estudo. Especificamente, quais suas reivindicações? Quais delas foram assumidas pelo Comitê? Quais se tornaram centrais na agenda política e quais foram efetivadas? Acrescente-se a isto a preocupação em compreender todo o processo histórico que fomentou essa participação e quais mecanismos utilizaram em sua atuação. Essa análise reforça a importância do exame da participação dos representantes dos grupos quilombolas no Comitê responsável pela implantação da Política Integral de Saúde da População Negra do Estado de Sergipe, através de um exame de suas carreiras. Tal conceito possibilita verificar o quanto os comportamentos e as interações sociais dos atores influenciam na construção de seus percursos, assim como explorar os processos históricos no contexto do qual tais atores estão inseridos (BECKER, 2008).

1.1 O PROBLEMA DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa que se enquadra no estudo que engloba as análises das ações interventivas do Estado de reconhecimento e superação das diferenças sociais no Brasil. Desse modo, propõe uma discussão sobre as estratégias de enfrentamento a tais diferenças e da aplicação e manutenção de políticas públicas. Vale ressaltar que este estudo provoca algumas reflexões realizadas nas Ciências Sociais a respeito de práticas participativas, considerando a relação entre Estado e Sociedade.

Nesse sentido, o estudo a respeito de participação tem estado no centro das discussões de vários estudiosos da área: (DAGNINO, 2002; NEVEU e BERTHELEU, 2006; NEVEU, 2007, 2011; MICHEL, 2007; RECONDO, 2007). Esses estudiosos debatem, entre outros temas, o tipo de participantes solicitados (atores sociais, cidadãos organizados ou mobilizados) e os dispositivos utilizados, a saber: assembleias, orçamentos participativos e conselhos. (NEVEU, 2007, p. 14). Em relação especificamente ao processo de criação, implantação e gestão de uma política pública, buscou-se aporte teórico em Barcelos (2010), que, através de estudo sobre a política de silvicultura na área ambiental, trata da interação entre atores situados no âmbito da esfera estatal e da esfera societal e suas ações e escolhas estratégicas em processos de

construção de política pública. Em seu estudo, o referido pesquisador retrata a relação entre Estado e sociedade nas decisões sobre políticas públicas no Brasil. A sua contribuição se dá na ação dos atores que buscam, das mais variadas formas, influenciar efetivamente os processos decisórios. Outro estudo de referência é a pesquisa de COSTA (2013), na qual se discute sobre as atividades de uma secretaria responsável por elaborar e gerenciar políticas voltadas para a população e organizações indígenas, enfatizando sua rotina administrativa e representativa. Em seu estudo, a autora descreve a trajetória das secretarias no processo da política pública, apontando para a indissociabilidade de duas perspectivas a burocrática e a outra da representatividade, o que demonstra uma simultaneidade de ambos os processos, e conclui que as rotinas administrativas fazem a política e, mais que isso, elas também são a política.

Além dos já citados, Arretche (2012), com ampla produção no ramo das políticas públicas, discute, entre outras coisas, a atuação dos conselhos de representação da sociedade civil como um componente essencial do desenho institucional das políticas públicas no Brasil. É rara a política pública cujo mecanismo regular de operação não conste com pelo menos um conselho, seja pela exigência de legislação ou como organização dos atores sociais. Este último tipo de estudo é mais comumente encontrado nas diversas políticas públicas de todo o Brasil

Dessa forma, dentre os espaços de participação optou-se pelo Conselho Gestor devido a este ser uma esfera importante de relação entre Estado e Sociedade Civil. Os conselhos surgiram em decorrência de previsão legal contida na Constituição de 1988, a qual é marcada pelo “[...] surgimento de interlocução entre Sociedade Civil e Estado: conselhos, fóruns, orçamentos participativos, assembleias”. (DAGNINO, 2002, p.10). O fortalecimento institucional entre Estado e Sociedade Civil, em diversas áreas, ocorre através dos conselhos gestores. O conselho no qual se insere este trabalho é o “conselho de políticas”, cujas finalidades são as políticas públicas tais como: Política de Saúde, Política de Assistência e Política de Educação, de acordo com a Constituição, que prevê a descentralização das políticas públicas e a promoção da participação da população fazendo o controle social.

Desse modo, o presente estudo versa sobre o Comitê Técnico Estadual da Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde de Sergipe, como um conjunto de representações, a exemplo do Conselho de Saúde deste Estado. Assim, a partir desse universo de estudo, a pesquisa orientou-se por duas questões: A primeira diz respeito à especificidade com relação a uma política pública de saúde integral à população negra.

Trata-se de um processo recente de discussão e que tem gerado poucos debates, seja pela introdução recente do tema nas rodas de conversa acadêmica em torno da mesma, ou pelos aspectos conjunturais que possibilitam a explicação desse processo, ou ainda por não ser prioridade das gestões administrativas, o que leva à afirmação de que a trajetória de implantação da Política Integral de Saúde da População Negra em Sergipe segue a trajetória da saúde no contexto nacional. A segunda questão que orientou este estudo diz respeito à importância de descrever o momento histórico. O Comitê foi pesquisado de dezembro de 2013 a dezembro de 2014, esse recorte temporal ocorreu de forma enfática, por compreender a data de sua criação e implantação de seus projetos e programas, ao longo desse período, considerando os registros documentais nas atas de reuniões e entrevistas com integrantes.

Destaque-se ainda que o conselho configura-se num espaço democrático importante de decisões em relação à Política de Saúde, na qual se inserem de forma paritária os representantes governamentais e a sociedade civil. Os conselheiros da sociedade civil são indicados, respectivamente, pelos órgãos, entidades, movimentos e organizações não governamentais e devem, entre outras atribuições, elaborar propostas de políticas de Estado direcionadas à população. No caso específico do “Comitê Técnico Estadual da Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde de Sergipe”, o objetivo é “[...] elaborar propostas de Políticas de Estado afirmativas de saúde direcionadas às populações vulneráveis sociais, tais como: População Negra, População do Campo, População LGBT, População em Situação de Rua, População Indígena, entre outras” (BRASIL, 2013, p. 3).

Diante do exposto, a hipótese central deste estudo consiste na compreensão de que a participação dos representantes das comunidades negras na implantação da Política de Saúde Integral da População Negra é influenciada por interesses e concepções diversas acerca da causa, devido a diferentes saberes ali representados. Nesta perspectiva, espera-se adentrar nesse espaço sociocultural ainda pouco explorado a fim de compreender a totalidade na perspectiva da construção da realidade social, além de oferecer uma fonte de pesquisa que apresente situações específicas do estado de Sergipe, contribuindo para um repensar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A realização deste trabalho se traduz em uma ferramenta de grande potencial na identificação do foco de ações para políticas públicas no âmbito da saúde, cooperando para uma gestão eficiente e dinamização de recursos, em atendimento as linhas de ações priorizadas pelo “Comitê Técnico de Saúde da População Negra”, do

Ministério da Saúde, que busca, dentre outras ações, implementar o recorte étnico-racial em todas as ações de atenção à saúde, ampliar o acesso da população negra ao SUS e garantir cobertura da estratégia de saúde da família nas comunidades quilombolas (BRASIL, 2013).

É certo que a magnitude dessas transformações seria mais bem analisada se o descaso com que são tratados os registros documentais das instituições, combinado com a falta de uma política sistemática de organização e disponibilização desses acervos, não fosse tão forte. As precárias condições de acondicionamento, aliadas à absoluta falta de organização das fontes dispostas em locais, muitas vezes insalubres para o pesquisador, constituem entraves não desprezíveis à tarefa destes. Tais condições, muitas vezes, inviabilizam a pesquisa dos documentos, deixando-se de analisar fontes relevantes para o desenvolvimento dos estudos. A dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de trabalhar com o acervo de muitas instituições obriga o pesquisador a recorrer a fontes alternativas, de modo a sanar a deficiência de não se analisar o corpo documental da própria instituição que é objeto de estudo.

1.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Dado o caráter exploratório da investigação, o estudo de natureza qualitativa faz um recorte temporal que compreendeu o ano de 2005 a 2015, que se justifica pelo período de início do processo de criação e implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Nas pesquisas qualitativas, os estudos vão se adequando aos dados obtidos, buscando apreender dialeticamente a realidade social. Segundo Minayo (2007, p.28), “[...] a abordagem qualitativa caminha para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores”.

O lócus da pesquisa possui uma área de 21.910. 348 km², cerca de 0,26% do território brasileiro, com uma população estimada em 2.019.679 habitantes distribuídos entre o 75 municípios; destes 544.039 estão concentrados em sua capital, Aracaju, e está localizado entre os Rios São Francisco e Rio Real (IBGE, 2013).

Na área da saúde conta com dez hospitais locais, sendo quatro da rede pública; seis hospitais regionais, 38 hospitais, maternidades e associações beneficentes no interior do Estado. O Estado de Sergipe possui atualmente 25 centros de atenção psicossocial (CAPS) cadastrados e 18 serviços residenciais terapêuticos implantados.

Possui seis serviços de acompanhamento especializados e diversas unidades de Estratégia de Saúde da Família.

A pesquisa foi realizada com os membros do Comitê Técnico Estadual da Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde de Sergipe, o qual consiste numa esfera democrática e participativa de relação entre Sociedade Civil e Estado que é permeada por um cotidiano cujas relações ocorrem face a face, com situações conflituosas acerca do encaminhamento da política pública. Assim, para esta pesquisa, faz-se necessária uma análise institucional. Para dar conta dessa análise seguiu-se uma estratégia metodológica: Primeiro, por fazer parte do movimento negro e já haver participado de algumas reuniões do Comitê, tive o cuidado, nesta investigação, de realizar uma pesquisa afastando-me ao máximo possível do objeto pesquisado, para que a condição de militante não prejudicasse a condição de pesquisadora, a fim de entender a realidade desvinculada de pré-noções (BECKER, 2007). Havia uma preocupação constante de não interferir na análise a ser feita, visto que já conhecia o universo pesquisado, os interesses ali envolvidos, a forma de participação de seus membros titulares e suplentes, ao tempo em que precisava construir hipóteses fundamentadas em leituras relativas à área. Essa vigilância foi indispensável e preocupante, a fim de romper com as imagens preestabelecidas imediatas que apareciam, buscando contextualizar a pesquisa.

No segundo momento, através do contato com os documentos e com a história do Comitê, optei pelo recorte temporal dezembro de 2013 a dezembro de 2014 para melhor explorar as informações coletadas. Esse período foi escolhido porque se refere a um mandato completo do Colegiado e para ter a oportunidade de pesquisar elementos da primeira reunião do referido Comitê criado efetivamente em setembro de 2013. O Comitê Técnico Estadual da Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde de Sergipe foi criado em 27 de setembro de 2013 e possui 23 representantes.

Para compreender melhor o objeto pesquisado – membros do comitê representantes da população quilombola – utilizou-se a entrevista semiestruturada, da análise documental e da observação. A primeira utilizou como instrumento um roteiro prévio e um diário de campo, devido a serem importantes na busca de esclarecimentos ou opiniões acerca de um tema. Dos 20 sujeitos membros do Comitê foram entrevistados apenas dez. Não foi possível entrevistar os demais conselheiros por várias razões, dentre elas o não comparecimento nas reuniões, a dificuldade de manter contato com os números dos telefones informados e a falta de interesse em participar da

entrevista. Os outros fatores foram a dificuldade de agenda, troca constante de representante no Comitê e a preocupação de não querer falar sobre o assunto para não se expor, principalmente entre os representantes do poder público. Contudo, o número de entrevistas e mais as informações obtidas no próprio Comitê possibilitaram a realização do estudo.

Destaca-se que as entrevistas foram marcadas previamente por telefone, os sujeitos colaboradores foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar. A princípio, optou-se por entrevistar apenas os representantes da população quilombola, mas percebeu-se que a escolha pela amostra era insuficiente para analisar o problema apresentado, visto que conhecer a percepção de todos os membros do referido Comitê acerca da participação da população quilombola enriqueceria o estudo. Através das entrevistas, foi possível entender o engajamento dos atores e o exercício na participação política e seus processos de socialização (LAHIRE, 2004). Os colaboradores da pesquisa foram informados quanto à liberdade de poder sair da mesma a qualquer tempo, sem nenhum risco para sua pessoa. O ponto de partida deste estudo foi a Secretaria Estadual de Saúde localizada na Avenida General Valadão, no centro da capital sergipana – Aracaju, Palácio Serigy, através das informações obtidas no setor de Atenção Básica e nos documentos do arquivo central da Secretaria. Na medida em que as entrevistas iam ocorrendo, outros colaboradores iam sendo identificados, já que os entrevistados citavam outros nomes que trabalharam nas secretarias estadual e municipal de saúde, no período estabelecido neste estudo.

Em seguida, foram analisadas as atas de reuniões do Colegiado o que possibilitou o entendimento de várias discussões, a exemplo de como acontece a participação de todos os membros, suas falas, a relação entre os conselheiros representantes da sociedade civil e os representantes do Estado, especialmente, a participação da população quilombola, sua frequência nas reuniões e suas opiniões e considerações acerca da saúde da população negra. A análise documental foi realizada criteriosamente com o intuito de compreender a construção histórica, política e social da realidade. Destaca-se, ainda, que a participação em reuniões possibilita conhecer como é o cotidiano de um conselheiro nas mesmas. Para isso, o conhecimento dessas informações através da técnica da observação possibilita que “[...] os fatos cheguem aos princípios ou a partir dos princípios chegarem aos fatos” (BOURDIEU, CHAMBORREDON; PASSERON, 2010, p.09). Enfim, entender esse cotidiano e as situações vivenciadas pelos atores e suas interpretações sobre os fatos (BECKER,

2007). A observação ofereceu a compreensão sobre como ocorrem as relações entre os conselheiros nesse espaço que, embora democrático participativo, está repleto de ações coercitivas e controladoras, principalmente durante os processos de decisão, e, somente com a análise das atas, não seria possível perceber “[...] os conflitos e correlação de forças que aparecem na arena destes espaços” (COLIN, 2004, p. 126). Destaca-se que a observação permitiu, ainda, entender como acontecia essa relação e as situações vivenciadas pelos atores e suas análises de interpretações sobre os acontecimentos (BECKER, 2008). A riqueza do debate e do embate que, de forma tão contraditória, constrói uma política pública.

O método utilizado durante o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo. Trata-se de

[...] um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2008, p. 44).

A descrição do conteúdo da mensagem, também conhecida como a análise categorial dos dados, consiste em encontrar os núcleos de sentido das falas e classificá-los segundo a frequência de sua presença ou ausência. O tratamento dos dados foi feito manualmente em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

A fim de respaldar a história do Comitê, destacam-se as análises dos movimentos sociais visto que foram eles que influenciaram a implementação dos conselhos no Brasil (GOHN, 2001). A história de mobilização e organização para a conquista de novos direitos foi resultado da articulação e luta entre democracia institucional representativa e a democracia direta dos movimentos sociais. Destaque à Teoria do Processo Político, de Tilly (1978) que trata das sequências históricas, a qual associa as mudanças ao processo político. A escolha dessa teoria deve-se ao fato de que o Comitê Técnico Estadual da Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde de Sergipe faz parte da institucionalização do Estado e que “[...] o fator gerador das mudanças está no sistema político institucionalizado” (GOHN, 1997, p. 67). Essa teoria considera ações da sociedade como ação coletiva “[...] aquela na qual um grupo de pessoas confia e aplica recursos para fins comuns” (GOHN, 1997).

Para compreender o contexto histórico e para a concepção de redes, buscou-se compreender os conselhos da sociedade civil na instituição que representa e levou em

conta sua trajetória, analisando o conceito de carreira. Considerou-se a noção de carreira, não superficialmente ignorando as variáveis estruturais, mas contextualizando a análise de seus efeitos, isto é, “itinerário”, “trajetos biográficos” (PASSERON, 1990, p.223). Assim, a proposta metodológica aqui apresentada possibilitou verificar a realidade e compreendê-la utilizando-se, para tanto, teorias dos Movimentos Sociais (TILLY, 1995) e da Análise de carreiras em Becker (2008)

1.3 ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA

Este trabalho de pesquisa está estruturado em três capítulos. No primeiro, salienta-se o surgimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Sistema Único de Saúde. Para tanto, utiliza-se a reconstituição história da construção do conceito de saúde, do conceito e tipos de políticas públicas e do papel do Estado no gerenciamento da mesma. Destaca-se a industrialização e a repercussão desta na vida do trabalhador. Debate-se, ainda, sobre as teorias do processo de políticas públicas com vistas a compreender a construção teórica como pano de fundo deste estudo, objetivando a analisar e examinar a construção das políticas públicas numa visão de processo. Apresenta-se, também, a importância da interação entre uma variedade de atores no processo de construção da política, além da dimensão institucional dos valores e crenças desenvolvidos durante a análise.

No segundo capítulo, apresenta-se a organização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a partir da trajetória de sua criação, dos atores envolvidos em sua construção e os elementos, objetivos e diretrizes que a compõem. Nesse capítulo, expõe-se, ainda, a atuação das diversas organizações e movimentos sociais, principalmente o movimento negro que tem papel fundamental na cobrança para o Estado o sentido de conceber uma Política Pública com vistas à promoção da equidade racial em saúde.

No terceiro e último capítulo evidenciam-se as entrevistas e a pesquisa documental, promovendo uma discussão sobre a participação dos conselheiros no processo de implantação da Política, e o que de fato foi colocado em prática pela Secretaria de Saúde do Estado. Nesse espaço, destacaram-se a condição social de criação do Comitê, as falas, os motivos de engajamento dos conselheiros, o funcionamento interno, as relações entre os atores, o perfil dos mesmos e suas trajetórias nas causas sociais, além dos mecanismos de participação.

Espera-se que este estudo possa contribuir significativamente para a pesquisa científica na medida em que apresenta elementos importantes para a análise de uma Política Pública, pois se oferece uma visão dos acontecimentos com a objetividade que as circunstâncias permitiram à pesquisadora, pois o tratamento dos fatos recentes sempre deixa o pesquisador vulnerável, sem a devida depuração operada pelo tempo. Espera-se, ainda, que este estudo possa se tornar mais uma fonte de pesquisa que resgate elementos esclarecedores, mantendo a história viva para assim poder explicar o presente e planejar o futuro.

CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E O SUS

O presente capítulo tem por objetivo apresentar a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Sistema Único de Saúde. Para tanto, optou-se por discutir concepções embrionárias de construção de uma política, com vistas a fornecer fundamentos teóricos para este estudo. Em seguida apresenta a trajetória do processo de industrialização e sua relação com a Política de Saúde Pública no Brasil. Tal relação foi escolhida por entender que a segunda sofre influência da primeira, isto é, os desgastes das jornadas excessivas de trabalho a que a população estava submetida influenciavam significativamente as condições de vida e de saúde daquele povo, especificamente do trabalhador brasileiro.

O terceiro caminho escolhido para este capítulo, a fim de nortear o entendimento na construção desta política, foi o surgimento do SUS que será aqui discutido a partir de sua trajetória e dos atores que contribuíram para sua consolidação, as organizações sociais, principalmente os movimentos sociais de saúde e negro que impulsionaram o Estado a conceber uma política específica para a população negra. O SUS é analisado como um novo sistema de saúde que aparece para atender uma demanda, com vistas a promover a saúde, garantir redução de riscos de doenças, e do acesso universal e igualitário.

2.1 ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS

Parte-se da construção histórica do conceito de saúde que, ao longo do tempo, foi se transformando de acordo com as condições econômicas, políticas, culturais e sociais de cada época. As concepções de saúde não estavam relacionadas ao sujeito e sim à doença; por isso, Boorse (1975), na *História Natural das Doenças*, afirma que a doença é composta por dois períodos: o período pré-patogênico (antes de o indivíduo adoecer, desequilíbrio entre agente e hospedeiro, fatores ambientais condicionantes que são o estímulo) e o período patogênico (a patogênese precoce ou período de incubação, horizonte clínico). A *História Natural das Doenças* define, assim, duas dimensões da causalidade: a primeira, epidemiológica, é a da determinação do aparecimento das doenças, e a segunda, fisiopatológica, trata da evolução das mesmas. Assim, os fatores associados são organizados em redes de causalidade, constituindo-se em modelos

ecológicos, em que as diferentes variáveis são admitidas ao modelo através de testes estatísticos. Ocorre uma redução das condições sociais em atributos naturais dos indivíduos e/ou do ambiente, ou seja, uma naturalização do social.

Com o passar do tempo, principalmente pela influência das conferências de saúde e mobilização social, esse conceito foi revisto e amplamente rediscutido, focando a saúde/sujeito e a relação destes com o meio social. Como resultado desses encontros, um conjunto de países criou a Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde como “[...] o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”. Essa definição aponta para a complexidade do tema, e a reflexão mais aprofundada sobre seu significado que nos leva a considerar a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis (BRASIL, 2002).

Atualmente, é senso comum entre a população e os militantes do de saúde que o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico. A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença. Nesse sentido, a promoção à saúde aglutina o consenso político em todo o mundo e em diferentes sociedades como paradigma válido e alternativo aos enormes problemas de saúde e do sistema de saúde dos países (BRASIL, 2002).

Assim, na abrangência do processo saúde doença vários aspectos devem ser considerados a fim de que um sistema possa ser organizado para que a saúde possa, de fato, chegar ao indivíduo de forma sistematizada.

Surge então a Política Pública, na tentativa de explicar o papel do Estado enquanto produtor, por excelência, de políticas públicas. “Nos EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos” (SOUZA, 2006, p.21). Para a autora, a área de políticas públicas contou com quatro fundadores principais, o que ela denomina “pais fundadores”, a saber: H. Laswell (1936) que introduziu o termo *policyanalysis* (análise de política pública), H. Simon(1957) que introduziu o conceito de racionalidade limitada dos “decisores” públicos (*policymakers*) e C. Lindblom (1959-1979) que questionou os dois fundadores

anteriores e apresentou outros elementos presentes na formulação e na avaliação de políticas públicas “[...] as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório”. O quarto fundador foi Easton (1965) que definiu a política pública como um “sistema”, ou seja, que se relacionam entre si a formulação, resultados e o ambiente. Recebem *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos. (SOUZA, 2006)

A partir destas concepções tornou-se possível compreender os fundamentos das políticas públicas, e com base em Mead (1995), a partir do conceito de que as políticas públicas são campos dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Em conceito sintetizado por Dye (1984), a política pública é o que o governo escolhe ou não fazer, enquanto que, para Peter (1986), a política pública é a maior das atividades do governo que age diretamente, ou através de delegação, e que influencia a vida dos cidadãos. Considerando o conceito de Dye (1984), “o que o governo escolhe ou não fazer”; Laswell acrescenta que as decisões e análise sobre políticas públicas implicam responder as seguintes questões: Quem ganha o que e por quê? Elaborar política pública significa definir quem define o quê, para quem, quando e com que consequências. Se forem públicas, precisa se definir a quem se destinam e quais os resultados ou benefícios, e se o seu processo é submetido ao debate público. (TEIXEIRA, 2002).

A discussão sobre o papel do Estado nas políticas públicas tem importante relevância neste estudo, compreendendo que, com a evolução dos períodos históricos, o desenvolvimento das novas práticas administrativas e de gestão da vida pública, as instituições modernas, os países, ou “Estados-nação”, como alguns autores (ELIAS, 2001; GIDDENS, 2001a, 2001b) preferem chamar, adquirem centralidade e importância nos estudos desenvolvidos pelas Ciências Sociais ao longo do século XX.

A organização do Estado pré-moderno em muito pouco se assemelha às atuais formas de Estado apresentados na contemporaneidade. O Estado Moderno tematizado por vários estudiosos das Ciências Sociais, com destaque para Max Weber (1992), e suas reflexões sobre a racionalização do Estado-nação moderno apresenta características próprias destes, com o alto grau de racionalidade de suas ações específicas, na burocracia estatal, no controle cada vez maior da economia, das leis e normas, bem como no monopólio da política seja ela pública ou privada.

O Estado, para Hobbes, deveria ser a instituição fundamental para regular as relações humanas, dado o caráter da condição natural dos homens que os impele à busca

do atendimento de seus desejos de qualquer maneira, a qualquer preço, de forma violenta, egoísta. Os homens não tiram prazer algum da companhia uns dos outros quando não existe um poder capaz de manter a todos em respeito, pois cada um pretende que seu companheiro lhe atribua o mesmo valor que ele atribui a si próprio. Dessa forma, tal situação seria propícia para uma luta de todos contra todos pelo desejo do reconhecimento, pela busca da preservação da vida e da realização daquilo que o homem (juiz de suas ações) deseja. (YAMAUTI, 2010).

Hobbes defende que o Estado deve ser o responsável pela manutenção dos destituídos; “[...] não devem ser eles deixados à caridade de pessoas particulares; mas ser providos (na medida em que o exijam as necessidades da Natureza) pelas Leis do Estado” (p. 387). Todavia, este Estado regulador é o principal responsável pela criação de políticas interventivas, compensatórias e/ou regulatórias da sociedade. Para Hobbes a função do soberano é assegurar que todos respeitem o contrato social e, dessa forma, garantir a vontade de todos que é a paz e a segurança individual. (YAMAUTI, 2010).

As leis e o governo não têm a função de realizar a síntese dos interesses particulares dominantes na sociedade, mas garantir apenas um interesse comum: a paz e a segurança individual; para realizar o interesse comum, o poder político precisa ser autônomo em relação a todos os interesses particulares. A população tem o direito de obter determinados serviços por intermédio do Governo, cabendo a este assegurar determinados direitos aos cidadãos, notadamente os direitos fundamentais sociais como saúde, educação e segurança pública. O Poder Executivo não apenas executa as leis, mas determina políticas e programas necessários à realização dos ordenamentos legais. Nas políticas públicas, o próprio planejamento estatal tem por finalidade o atingimento do interesse público; assim, não se trata de eleição pura e simplesmente de prioridades governamentais, e sim a concretização da opção já levada a efeito pelo legislador que, ao elaborar tais metas em planos de ação executiva, deve, junto com o administrador, observar os objetivos de igualdade e justiça social da República, que formam a base da Ordem Social Constitucional. Assim, as políticas públicas deveriam viabilizar esses direitos.

Os instrumentos, utilizados pelo governo para intervir na sociedade, na economia, na política, executando programas políticos em busca de melhores condições de vida aos seus cidadãos, são as políticas públicas.

Apesar do reconhecimento de que outros segmentos, que não os governos, se envolvem na formulação de políticas públicas, são os chamados atores sociais que,

juntamente com Estado, pensam à Política; esses grupos também têm interesse para se envolverem além dos movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência a depender do tipo de política formulada e da ligação com o governo.

Existem vários modelos dentro do campo específico da política pública, isso vai depender do tipo da Política que SOUZA (2006, p. 23) divide como: “[...] políticas distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas[...] ”; cada uma dessas políticas públicas vai se formulando e se organizando com diversos grupos a partir dos interesses e engajamento dos atores. O segundo tipo da política regulatória é o mais visível ao público, porque envolve burocracia, serviços públicos e grupos de interesse, embora as políticas redistributivas atinjam o maior número de pessoas e grupos de interesse.

A autora apresenta ainda os modelos de: “Incrementalismo - A visão da política pública como um processo incremental foi desenvolvida por Lindblom (1979),”[...] argumentaram que os recursos governamentais para uma política pública não partem do zero e sim de decisões marginais e incrementais que desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas públicos[.]” O terceiro modelo procura acompanhar o ciclo da política pública. Nesse modelo a política pública é vista como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado.

O ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. Esta abordagem enfatiza sobretudo a definição de agenda (agenda setting) e pergunta por que algumas questões entram na agenda política, enquanto outras são ignoradas (SOUZA, 2006, p.28).

No mesmo estudo, Souza (2006) apresenta um quarto modelo de política pública: o modelo *garbagecan* ou "lata de lixo" que foi desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972), argumentando que escolhas de políticas públicas são feitas como se as alternativas estivessem em uma "lata de lixo". São vários problemas para se resolver, porém, a definição vai depender de como poderá resolvê-los, que equipamentos sociais ou políticos estão disponíveis. O quinto modelo, entretanto, discorda dos modelos anteriores, é o modelo Coalizão de defesa (*advocacycoalition*), de Sabatier e Jenkins-Smith (1993); para eles, a Política é concebida como um conjunto de subsistemas relativamente estáveis que se articula com os acontecimentos externos. Já o sexto modelo, “Arenas Sociais”, que Souza (2006, p. 40) “[...] vê a política pública como uma iniciativa dos chamados empreendedores políticos ou de políticas públicas. É preciso

que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito [...]”. E o último modelo, elaborado por Baumgartner e Jones (1993), com base em noções de biologia e computação, denominado "equilíbrio interrompido", concebe que a política pública se caracteriza por um processos de estabilidade e instabilidade, os quais geram mudanças nas políticas anteriores.

Concorrendo com a influência do "novo gerencialismo público" nas políticas públicas, existe uma tentativa, em vários países em desenvolvimento, de implementar políticas públicas de caráter participativo, como no caso do Brasil, em que os diversos conselhos comunitários voltados para as políticas sociais, assim como o Orçamento Participativo, fóruns decisórios, conselhos comunitários e Orçamento Participativo seriam os equivalentes políticos da eficiência.

Segundo Souza (2006, p. 34), no processo de criação de uma Política Pública, existe um caminhar por várias etapas que a autora chama de “estágios”. A cada estágio é definida uma ação, a saber: estágio 1: definição da agenda; 2. Identificação de alternativas; 3. Avaliação das opções; 4. Seleção das opções; 5 implementação e 6. Avaliação. A partir desta afirmação, observa-se que a organização da política deve ocorrer sistematicamente com vistas a alcançar objetivos e metas. Acrescenta ainda que as políticas públicas deveriam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil, através da pressão e mobilização social.

Como já foi destacada por vários autores (especialmente, na França, Yves Mény e Jean-Claude), toda política traz, ao mesmo tempo, uma ideia do problema (o problema agrícola, o problema da exclusão, etc.), uma representação do grupo social ou do setor envolvido que ela contribui para que exista (os agricultores modernizados, os excluídos...) e uma teoria da mudança social. O referencial é um espaço de sentido que faz ver o mundo. Na mesma perspectiva, que é também a dos trabalhos de Heclo ou Majone e Sabatier, os quais consideram as políticas públicas como “sistemas de crença”: (MULLER, 1995). Isso significa que o processo de elaboração de uma política pública é, ao mesmo tempo, um processo de construção de uma nova forma de ação pública num setor – ou a respeito de um problema – e, de maneira indissolúvel, um processo pelo qual um grupo social (ou simplesmente um ator) irá se reposicionar na divisão do trabalho e, portanto, “trabalhar” em uma identidade social.

No Brasil, a elaboração das políticas públicas foi influenciada por diversos modelos, a depender da conjuntura de cada momento histórico, dos interesses envolvidos, dos atores e do cenário. No caso da Política Pública de Saúde especificamente, alguns fatores contribuíram para a formulação e o direcionamento dos seus objetivos, como se expõe a seguir.

2.2 A INDUSTRIALIZAÇÃO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Na década de 1920, as preocupações com a saúde pública no Brasil apresentavam-se relacionadas, em grande parte, aos interesses da economia cafeeira, que transformara o país num dos principais fornecedores de matérias-primas no mercado mundial. O café tinha ampliado o mercado interno, promovido o desenvolvimento ferroviário, alicerçado a rede bancária e fornecido as bases para o crescimento industrial. Com o crescimento progressivo dos núcleos urbanos, houve a incidência de inúmeras doenças e problemas de saneamento em geral. A questão social começou a ser discutida e foi percebida a necessidade de uma revisão do papel do Estado. As condições precárias de saúde no Brasil tiveram repercussão internacional, sendo denunciadas na imprensa a ineficiência dos serviços públicos e a distorção das informações oficiais sobre a situação. Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por essa economia agroexportadora, centrada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (RIPARI, 2010).

Os serviços de saúde surgiram, ainda no século XIX, com uma organização muito longe de ser considerado um sistema. A saúde era centrada na figura do médico e este era a peça principal no processo saúde-doença. Tal situação responsabilizava o indivíduo por suas questões de saúde e cabia exclusivamente a este o dever de cuidar dela, além de estar relacionada com sua conduta social. Era o comportamento do indivíduo que definiria o diagnóstico de saúde e, portanto, não havia relação alguma com o ambiente externo. Se houvesse algum problema de ordem estrutural, cabia ao indivíduo adaptar-se ao sistema e não o contrário (LUZ, 1991).

Segundo Foucault, é no século XVIII que as clínicas começam a se estruturar como sociedade profissional. É quando se inicia, também, o movimento da medicina urbana ou política médica, que se caracteriza pelo disciplinamento de corpos e pelas

intervenções sobre os sujeitos, em um conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados no âmbito individual, e produz discurso de boa saúde relativo à esfera moral. Nesse momento, o Estado, como definidor de política, leis e regulamentos referente à saúde do coletivo, agindo como agente fiscalizador da aplicação social, remete o discurso e a prática de saúde à instância jurídica legal (ROCHA, 2003). Enquanto isso, o Brasil daquele século vivia um quadro sanitário caótico com a presença de doenças graves, como a malária, a varíola, a febre amarela e depois a peste que ocasionou consequências sérias para a saúde da população e para outros setores como o comércio exterior (POLIGNANO, 2010).

A Revolução Industrial e a organização das classes trabalhadoras permitiram inscrever a saúde como pauta de reivindicação social; o desgaste no trabalho passou a ser elemento de análise na saúde, iniciando-se, assim, a Medicina Social, e, apesar do esvaziamento no plano político, o conceito é legado importante na produção doutrinária e conceitual que serve de base no pensar a questão da saúde na sociedade:

Sanitarismo é o movimento que estrutura uma resposta ao Estado, implantado por agências oficiais de saúde e bem estar, onde se produz um discurso e uma prática, baseados na aplicação de uma tecnologia e princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas – saneamento, imunização e controle de vetores – destinados aos pobres e setores excluídos da população (ROCHA, 2003, p. 14).

A referida autora salienta, ainda, que essa política se caracteriza por se estruturar vinculada à questão econômica, com graves repercussões na questão da cidadania, mediada pelo emprego. O Estado assume, assim, as estruturas de saúde. Afirma ainda que: “[...] ao centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo da saúde pública, estabeleceu-se o clientelismo, populismo e paternalismo da previdência e da atenção médica” (ROCHA, 2007). No período, na área da saúde, o que se percebia era, de um lado, os sanitaristas de tendência nacionalista e desenvolvimentista dos órgãos de saúde pública, e do outro, os médicos formados em administração em serviços de saúde com tendências privatistas. (POLIGNANO, 2010). A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Apenas a eleição do Presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, produziu lutas efetivas em que se condensavam os conflitos no interior do sistema (POLIGNANO, 2010).

Com o início do processo de industrialização (década de 1920), houve mudanças significativas no cenário político, econômico e social do país, e essas mudanças levaram a uma urbanização crescente e a uma mobilização por parte dos trabalhadores para lutar pela conquista dos seus direitos. Como consequência, em 1923 foi aprovada a Lei Eloy Chaves, da Previdência Social Brasileira e a instituição das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Essas CAPs eram organizadas por empresas, financiadas por empresários e trabalhadores, e visavam, entre outras funções, a prestar assistência médica, oferecer medicamentos mais baratos e ajudar os funcionários no processo de aposentadorias e pensões (POLIGNANO, 2010). Na mesma década, muitas crises econômicas e políticas marcaram o Brasil, especificamente no período entre 1922 a 1930, culminando com a Revolução de 1930 liderada por Getúlio Vargas, que afastou do poder os fazendeiros de café de São Paulo. Segundo Fausto (1995) a Revolução de 1930, que pôs fim à Primeira República, foi, para muitos historiadores, o movimento mais importante da história do Brasil do século XX. Foi ela que acabou com a “[...] hegemonia da burguesia do café, desenlace inscrito na própria forma de inserção do Brasil, no sistema capitalista internacional”. Na Primeira República, o controle político e econômico do país estava nas mãos de fazendeiros, mesmo sendo as atividades urbanas o polo mais dinâmico da sociedade. Entre 1912 e 1929, a produção industrial cresceu cerca de 175%. No entanto, a política econômica do governo continuava privilegiando os lucros das atividades agrícolas. Mas, com a crise mundial do capitalismo em 1929, a economia cafeeira não conseguiu se manter. O Presidente Washington Luís (1926-1930), com algumas medidas, tentou conter a crise no Brasil, mas, em vão. Em 1929, a produção brasileira chegava a 28.941 milhões de sacas de café, das quais somente foram exportadas 14.281 milhões, e isto num momento em que existiam imensos estoques acumulados. Encerra-se, assim, o sistema político da República Velha, que foi marcado pelo predomínio das oligarquias agrárias vinculadas à exportação, e tem início um processo de maior intervenção do Estado na sociedade e na economia, com o objetivo de promover a expansão nessas duas áreas, principalmente nesta última - a econômica - e foram criados o Ministério do Trabalho, Ministério da Indústria e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde.

Tendo o projeto econômico voltado para a industrialização, o governo intensificou a nova política em favor do trabalhador, a exemplo da obrigatoriedade da Carteira de Trabalho, definição da jornada de trabalho de oito horas para trabalhadores urbanos, direito a férias e a ao salário mínimo. Com estas medidas, Getúlio Vargas

acalmou a classe trabalhadora que estava insatisfeita e se organizando para exigir os seus direitos. Nessa fase, no período Populista (1930-45), consolidou-se no Brasil a medicina previdenciária com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que foram uma nova estrutura de previdência social substitutiva, cujo objetivo era atender aos trabalhadores por categoria profissional (COHN, 1999). Os programas partidários nunca chegaram a se configurar numa perspectiva de âmbito nacional. De fato, das 19 organizações políticas que atuaram até o movimento de 1930, nenhuma excedeu a disciplina imposta pela defesa de interesses regionais, embora pudessem compor, eventualmente, alianças que dominaram as práticas políticas até aquela data (POLIGNANO, 2010). Enquanto as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) atendiam os trabalhadores por empresa, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) atendiam os trabalhadores por categoria profissional. Naquele mesmo momento foram criados os institutos de aposentadorias e pensões dos marítimos (IAPM), dos bancários (IAPB), dos comerciantes (IAPTEC) dentre outros (POLIGNANO, 2010).

O financiamento da Previdência, a partir de então, passou a ser um sistema tripartite contando com participação financeira dos empregados, dos empregadores e da União; nesse sistema, o trabalhador que não contribuísse com os institutos, não poderia ter direito aos benefícios dos mesmos. Os trabalhadores rurais, os profissionais liberais e aqueles que não exerciam uma atividade remunerada reconhecida pelo Estado eram excluídos; os que podiam pagar por exames, consultas e intervenções recorriam ao serviço privado, os demais dependiam dos serviços assistencialistas hospitalares.

A acelerada industrialização do Brasil, a partir da década de 1950, ocasionou uma mudança no polo dinâmico da economia. O país que tinha seu maior eixo da economia na agricultura passou, com a industrialização, a ter os grandes centros urbanos como polo da economia, provocando uma grande massa operária para ser atendida pelos sistemas de saúde. O Ministério da Saúde ampliou o quadro de controle de doenças, cresceu a pressão pela assistência médica através dos institutos, o que possibilitou o crescimento de um complexo médico hospitalar para atender esses previdenciários, que, até então, não era considerada importante. Todavia, a Saúde Pública pouco evoluía em relação à situação de saúde da população. As doenças infecciosas e parasitárias não foram eliminadas e as taxas de morbidade e mortalidade infantil continuavam muito elevadas.

Na década de 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência, além da realização, no mesmo ano, da II Conferência Nacional de Saúde como fórum importante

de discussão das políticas brasileiras de saúde. O Golpe militar impôs ao Brasil um regime de governos centralizado e arbitrário por forças da própria orientação do regime militar que orientava a manutenção do poder nas mãos de um, a fim de melhor controlar e manter o domínio da situação. Até 1974, a economia caracterizou-se pelo chamado "milagre brasileiro", em que o governo reorganizou a administração pública, principalmente na área da saúde, aproveitando a ausência de mobilizações e debates sociais sufocados pelas pressões da ditadura, com perdas de familiares e companheiros de militância. Tal situação facilitou a intervenção do governo para colocar em prática iniciativas com vistas a controlar os instrumentos de ações do Estado. Essas ações retiravam o foco de atenção à saúde centrada no indivíduo para se fixar na aquisição de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados, a fim de atender ao número de egressos das faculdades de medicina e odontologia que se multiplicavam. A saúde passou, então, para o segundo plano.

As tentativas de demonstrar que o modelo de desenvolvimento escolhido pelo governo não atendia aos interesses da população, principalmente no que se refere à saúde pública. Muitos estudos e pesquisa foram realizados a fim de provar que o projeto desenvolvimentista provocava crescimento da questão social, oriunda da concentração desigual de renda e da falta de investimentos nos benefícios sociais. Da mesma forma a gestão dos recursos da saúde não atendiam a demanda da população que continuava desassistida. Constatou-se que o momento político era repressor e que as lideranças das organizações sociais não tinham espaço para se organizar, vivendo muitas vezes perseguidos ou na clandestinidade.

De acordo com Luz (1991) o que se destacou nesse período foi a marcante produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores, os quais, através de congressos e seminários discutiam e criticavam a degradação do modelo de saúde existente e as condições em que a população vivia, ao tempo em que propunham alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. “Quase toda esta produção adotava uma postura radical de crítica ao centralismo autoritário do regime militar” (LUZ, 1991, p. 83).

Fundamentados nos estudos e pesquisas realizados pelos profissionais(intelectuais, pesquisadores e professores), surgiu um novo movimento social organizado, denominado por Luz (1991); Doimo (1995); Cohn (1999), “Movimento Sanitário”, o qual começou a denunciar que os problemas de saúde da população derivavam do modelo econômico vigente. Paralelamente a isso, os

organizadores dos estudos defendiam a Reforma Sanitária cuja característica principal foi a construção de um novo sistema de saúde que garantia as conquistas sociais a favor da saúde da população. Tal situação demonstra que a Reforma Sanitária é resultado de um movimento social e que a política de saúde foi reformulada diante da pressão do movimento organizado.

A questão da Reforma Sanitária e de seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuiu para transformar a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização da ordem política [...] Neste sentido, ela representou uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas. O próprio movimento social a apoiou, e vários atores políticos a consideraram como tema prioritário de discussão das políticas públicas » (LUZ, 1991, p.89).

Vale destacar que o primeiro passo para a constituição do projeto de Reforma Sanitária foi a criação dos departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de Medicina, local que disseminou o pensamento crítico da saúde. Enquanto isso, surgiu outro movimento popular - O Movimento Popular em Saúde – que, embora surgisse na década de 1960, ganhou maior visibilidade e significado na década de 1980, ampliando suas discussões para além da preocupação com o econômico e passando para as reivindicações da qualidade do serviço; sai da luta por equipamentos apenas e passa agora a exigir uma gestão e organização da política de saúde.

O terceiro movimento que teve fundamental importância na época foi o Movimento Médico que teve papel decisivo entre as décadas de 1970 e 1980. Esse Movimento teve atuação relevante no setor saúde, na elaboração de uma proposta de reformulação do sistema que culminou com a "Reforma Sanitária". Em meio a todo esse processo dinâmico e contraditório, em 1970 criou-se a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), através do Decreto n.º 66.623 - de 22/05/1970, resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Varíola e da Campanha de Erradicação da Malária. Coube à SUCAM as atividades de execução direta de ações de erradicação e controle de endemias nas áreas apresentando transmissão atual ou potencial; o mesmo Decreto criou a Divisão Nacional de Educação Sanitária, Divisão Nacional de Engenharia Sanitária, Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde e a Divisão Nacional de Organização Sanitária (POLIGNANO, 2010).

Os agentes da SUCAM eram identificados pela eficiência e disciplina sempre reconhecidas pela população e pelas autoridades locais. Sua estrutura de campo foi também utilizada na execução de outras atividades de saúde pública, fora do âmbito de suas responsabilidades institucionais. Tinha como finalidade o controle ou erradicação das grandes endemias no Brasil, desenvolvendo quatro programas de controle de doenças: Chagas, malária, esquistossomose e febre amarela, bem como cinco campanhas contra: a filariose, o tracoma, a peste, o bócio endêmico e as leishmanioses. Possuía, em todas as unidades federadas, diretorias regionais, que tinham em sua estrutura distritos sanitários, totalizando 80 em todo o país, sendo essas as unidades responsáveis pela operacionalização de atividades de campo. Enquanto isso, os movimentos sociais continuavam efervescentes, o Movimento Sanitário e o Movimento Médico se voltavam para defender a ação institucional, e o Movimento Popular se articulava com as redes locais movimentalistas. Este último, inicialmente, atuou junto às universidades e aos aparelhos de Estado, porém, mais tarde, partiu pra uma atuação mais independente.

No final da década de 1970, com o fim do “milagre econômico”, o setor da saúde apresentava um crescimento na mortalidade infantil, e doenças infecciosas e parasitárias eram uma das principais causas de óbitos; doenças erradicadas voltaram, assim como retornaram outras doenças até então controladas, devido ao pouco investimento na área de Saúde Pública. A esse quadro, somavam-se a falta de saneamento e de uma política de habitação popular, aumento da pobreza e das desigualdades sociais, por conta do descaso dos governantes para com os serviços públicos. Na tentativa de resolver o problema, foi criado o Ministério de Previdência e Assistência Social sendo vinculado a ele o Instituto de Previdência Social (INPS), responsável pela prestação de aposentadoria e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para condensar todas as ações de saúde no nível médico assistencial da Previdência Social. Porém, na visão de Cohn (1999), Luz (1991) foi na década de 1980 que ocorreram as maiores transformações na história da saúde pública brasileira, em virtude de se terem concentrado diversas mobilizações de vários movimentos sociais organizados – Médico, Sanitário e Popular – constituindo o Movimento de Organização da Saúde (MOS) o qual possuía estreita interação com o Movimento de Reforma Sanitária que, segundo Doimo (1995), no período houve um amplo conjunto de movimentos sociais que participaram de um processo de interação institucional possibilitando essas manifestações.

O Movimento Sanitário reuniu um conjunto muito diferente (heterogêneo) de lideranças e organizações sindicais, populares, associações de classe, comunidades religiosas e outras entidades que lutavam pela democratização do país e tinham como proposta a restauração do Estado de direito, isto é, um Estado que garantisse as liberdades democráticas e as segurasse os direitos do cidadão, entre os quais, o direito à saúde. As propostas de políticas de saúde concebidas nesse movimento indicavam a construção de um sistema de saúde de acesso universal, descentralizado e regionalizado, que fosse controlado democraticamente pela população organizada. Suas propostas estão fundamentadas em um conjunto de princípios, entre eles uma nova concepção acerca da saúde, que passou a ser entendida não apenas em um significado negativo, como “ausência de doença”, mas por uma concepção positiva, que entende saúde como “bem-estar físico, mental e social”, decorrente da existência de condições de vida saudáveis, isto é, acesso adequado à alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde, bem como emprego e renda compatíveis com o atendimento dessas necessidades. Além disso, a saúde passou a ser entendida como um direito social que não se pode separar /negar a qualquer cidadão e deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e grupos, nas quais se inclui o acesso universal, igualitário e equitativo a ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

Como já afirmado anteriormente, a década de 1980 foi a mais importante e decisiva para a Saúde Pública brasileira. Nesse período, vários foram os acontecimentos que definiram o que existe hoje como modelo de saúde brasileira. Surgiram propostas alternativas de um modelo de saúde, com bases democráticas, que buscasse a participação popular, a universalização dos serviços de saúde, a relevância do sistema público e a descentralização, com vistas à formulação de um novo sistema. Se, por um lado, o país enfrentava o aprofundamento da crise, principalmente na Previdência Social, por outro, crescia a organização e participação dos trabalhadores em todos os níveis, prioritariamente na área da saúde, o que motivou o desejo de mudança. Ao decretar a falência do sistema de saúde e fomentar o debate público através da imprensa e do Congresso Nacional, o Ministério da Saúde convocou a VII Conferência Nacional de Saúde em 1980 e em 1981 o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira Saúde Coletiva (ABRASCO) propuseram várias questões para

melhorar a saúde pública, inclusive e a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Em 1986, ocorreu o divisor de águas na história da Saúde Pública no Brasil: a VIII Conferência Nacional de Saúde. Tal evento possibilitou a ampla participação popular, na tentativa de discutir e socializar amplamente os princípios da Reforma Sanitária, assim sintetizados: participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde. Pela primeira vez, foi possível a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política de saúde. Nessa Conferência foi consolidado o projeto de reforma sanitária brasileira, e a saúde passou a ser considerada como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (POLIGNANO, 2010).

Ocorreu, ainda no ano de 1986, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá como uma resposta às expectativas mundiais por uma saúde pública eficiente, focalizando em especial as necessidades dos países industrializados, e estendendo tal necessidade aos demais países. No evento, foi apresentado um documento chamado “Carta de Ottawa”. Trata-se de uma carta de intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal. (BRASIL, 2002). De acordo com a Conferência Internacional de Promoção à Saúde, o tema saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades. A “Carta de Ottawa” sugere ações legislativas, fiscais e organizacionais visando à diminuição das desigualdades sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adoção de uma postura intersetorial para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde (MERHY, 1985).

O conceito de saúde foi reavaliado e no período passou a ser relacionado às condições de vida e não apenas à ausência de doenças (BOORSE, 1975). A redefinição dessas concepções aponta para uma segunda intenção da “Carta de Ottawa”: a criação de ambientes favoráveis à saúde, propondo a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção à saúde. Para que isto ocorra, sugere ações que objetivem ao monitoramento de mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que interferem na saúde da população (BRASIL, 2002).

O terceiro aspecto considerado na Conferência Internacional foi a reorientação dos serviços de saúde, os quais devem se voltar na direção de um enfoque na saúde e não na doença, e apontar para a integralidade das ações de saúde. Propõe, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde (BOORSE, 1975).

O quarto e último aspecto considerado para esta análise está relacionado à ação comunitária: implementação de ações e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a autoajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde, o *empowerment* comunitário. Para alguns *empowerment* “é sinônimo de ‘empoderamento’, ‘apoderamento’” (CARVALHO, 2004, p.3). O conceito escolhido aqui para o *empowerment* baseia-se no:

[...] processo de resignificação e repolitização do sentido do "empowerment", esta abordagem trabalha com a noção de poder enquanto um recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade, como uma categoria conflitiva na qual convivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação do status quo [...]. Para os teóricos do "empowerment" comunitário, a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de "empowerment" impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem (CARVALHO, 2004).

Observa-se que as estratégias da “Carta de Ottawa” são o principal marco de referência da promoção à saúde em todo o mundo; a partir daí, outras conferências reconheceram as demais conferências internacionais de promoção: 1988, 1991, 1997, 2000 e 2005; as conferências regionais: 1992, 1993, incluindo-se também nessa relação a corrente de "saúde populacional", de 1996 a Rede de Megapaíses, de 1998, que trouxeram contribuições importantes para a corrente moderna da promoção à saúde (BRASIL, 2002).

Em 1987 foi aprovado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que incorporou os princípios da Reforma Sanitária, mas apresentou erros estratégicos e resultados inesperados. O SUDS surgiu com a possibilidade de unificar as estruturas dos órgãos regionais do INAMPS com os da Secretaria da Saúde do Estado, mas, embora tenha facilitado a integração dessas instituições, avançou muito pouco em termos de gestão.

Em 1988, a Constituição Brasileira aprovou os princípios da reforma sanitária e instituiu, através do art. 196, a saúde como: “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988). Em seguida, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como princípios: universalidade, integralidade, hierarquização e descentralização, através da Lei 8.080. Surgia assim, um novo modelo de assistência à saúde, o qual será debatido a seguir a partir dos aspectos, históricos, políticos e estruturais.

2.3 A IMPLANTAÇÃO DO SUS E OS MOVIMENTOS SOCIAIS

“O SUS é um novo sistema de saúde que ainda está em construção, pois, apesar de ter sido definido pela Constituição de 1988, somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080” (POLIGNANO, 2010).

A Constituição de 1988 no capítulo VIII - da Ordem Social - e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

O SUS é definido pelo artigo 198 da CF do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O Texto Constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Essa visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar no qual a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das “diretas já”, a sociedade procurava

garantir na nova Constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania (POLIGNANO, 2010).

Devido à abrangência dos objetivos propostos e à existência de desequilíbrios socioeconômicos e regionais, a implantação do SUS não foi uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois, para que isso ocorresse era necessário que houvesse uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política de saúde que possibilitasse viabilizar o sistema, além de uma mudança de cultura da população em participar, sentir-se sujeito do processo.

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma Lei estabelece a forma de repasse de recursos financeiros para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico, perfil epidemiológico, rede de serviços instalada, desempenho técnico, ressarcimento de serviços prestados. O artigo foi substancialmente modificado com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) que regulamentaram a aplicação desta lei, a saber: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96.

De acordo com a NOB-SUS 01/96, o item Financiamento das Ações e Serviços de Saúde regulamenta que “[...] o financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde”.

O SUS, ao longo da sua existência, sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que, ao nível da atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público.

Teixeira (2001) afirma que o SUS enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência em níveis secundário e terciário. Esses setores não se interessam por integrar o modelo atualmente vigente, em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Assim, a proposta de descentralização, de universalização dos serviços de atenção básica, voltados para um maior envolvimento da população através do controle social e da responsabilização de todos os segmentos da sociedade, encontra dificuldades de ser operacionalizado, tanto por questões políticas, ideológicas, históricas ou

econômico-sociais. No período, o incentivo para a população exercer o controle social era fundamental como mecanismo de participação e de luta para manter o SUS na contramão do clientelismo político-partidário presente ainda em todo o país. Os conselhos apresentavam problemas na sua formação, principalmente no que se refere à paridade e à presidência dos mesmos, comprometendo os princípios da democracia, autonomia e legitimidade a eles inerentes, e o consequente enfraquecimento do controle social. As pessoas tinham dificuldades em se desvincular do patriarcalismo que durante anos definiu suas vidas e formas de atuação.

Por conta disso, trabalhadores da saúde, ativistas do Movimento Social em Saúde, Movimento Social Negro e pesquisadores iniciaram o debate a respeito da possibilidade de participação da população nas decisões da saúde da população. (BRASIL, 2010). Os responsáveis pela emergente participação do povo foram as organizações sociais, especificamente os movimentos sociais que provocaram as primeiras formas de engajamento dos usuários dos serviços nas decisões de saúde da população, não de forma isolada, ao contrário, de forma coletiva e articulada com outros grupos.

Somente em meados da década de 1970, quando foi possível a retomada das pressões sociais e, por conseguinte, a reorganização dos movimentos sociais. Tal período corresponde ao resgate da função política dos movimentos, os quais culminaram no processo de redemocratização do país. O movimento social ganhou força, e novas organizações se somaram a exemplo das associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, igreja e correntes políticas de oposição ao regime, para denunciar a situação precária da Saúde Pública, exigindo do poder público melhores condições de saúde para a população. Uniram-se aos movimentos estudantes residentes insatisfeitos com a qualidade das instituições públicas, em busca de alianças para o fortalecimento da luta pela saúde. Vale destacar que, no período, houve um crescimento significativo dos movimentos sociais de saúde culminando na inserção de partidos políticos que defendessem também aquela causa.

Desse modo, havia uma expectativa de que as ações e serviços de saúde suprissem as necessidades de saúde da população e que a assistência aos doentes, a prevenção de doenças, acidentes e outros agravos à saúde, reservando atenção aos problemas que acontecem por falta de condições de vida adequadas para preservar a saúde e o bem-estar individual e coletivo, fossem sanadas gradativamente (TEIXEIRA, 2003). Além do Movimento Social em Saúde, outros movimentos se somaram a fim de

fazer pressão para a efetivação do SUS, foi o caso do Movimento Social Negro, forte organização social da época que também esteve presente para pressionar o Estado na consolidação do sistema e, por conseguinte, percuadora nas discussões a respeito de uma política específica para a população, nesse caso, a população negra, conforme apresento seguir.

2.4 O MOVIMENTO NEGRO E A CONSTRUÇÃO DA POLITICA DE SAUDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Para melhor compreender a relação do Movimento Social Negro com o SUS e com a Política Pública aqui apresentada, analisaremos detalhadamente alguns conceitos fundamentais e imprescindíveis para entendimento desta relação. A partir das reflexões de Ilse Scherer-Warren, pode-se caracterizar movimento social como um “[...]grupo mais ou menos organizado, sob uma liderança determinada ou não; possuindo programa, objetivos ou plano comum; baseando-se numa mesma doutrina, princípios valorativos ou ideologia; visando um fim específico ou uma mudança social”. A partir dessa afirmação, como pode ser definido movimento negro? Movimento Negro é a luta dos negros na perspectiva de resolver seus problemas na sociedade abrangente, em particular os provenientes dos preconceitos e das discriminações raciais, que os marginalizam no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural. Para o Movimento Negro a “raça” é identidade racial, é utilizada não somente como elemento de mobilização, mas também de mediação das reivindicações políticas. Em outras palavras, para o Movimento Negro, a “raça” é o fator determinante de organização dos negros em torno de um projeto comum de ação.

É datada de 1950 a primeira organização do Movimento Negro no Brasil, através de pesquisa apoiada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Porém, somente em 1970 é que essas organizações se intensificam por força da transição do regime militar repressivo para um regime democrático com possibilidade de colocar em prática o ideal de autonomia dos movimentos. No mesmo período, outras organizações sociais como a Igreja, associações do campo e sindicais também se uniram para que, junto ao Movimento Negro, construíssem o que eles chamavam de “consciência negra”, por influência do contexto internacional que já avançava nessa discussão provocada por suas lideranças. No final

da década havia grande parte de negros tanto na militância quanto nos partidos políticos (SOUZA, 2012).

Em 1980, com a emergência de vários movimentos sociais e de mobilizações de rua, ocorreu grande oposição ao Estado e aos partidos políticos, resultando numa perda de poder por conta dessa pressão. Segundo Gohn (2004) “[...] houve crise dos movimentos sociais no início dos anos 90 como resposta a esta pressão”. Entretanto, no mesmo ano, como resultado de dinâmicas de negociação junto ao Estado, houve criação de órgãos de combate ao racismo e abertura dos partidos políticos para a discussão sobre discriminação racial, sem falar na Constituição Federal com fins democráticos e de caráter participativo, que já estava em processo de votação, e foi promulgada em 1988.. Todos esses acontecimentos estavam relacionados a um embrião que surgia aos poucos envolvendo a população nas decisões políticas partidárias e institucionais.

Em Sergipe, o Movimento Negro é constituído por diversas organizações, com estratégias de ações diversificadas, mas com metas em comum: o combate à discriminação racial e a ampliação do acesso dos negros ao mercado de trabalho, às universidades, entre outros objetivos. Através da organização do Movimento e da conjuntura política, no início da década de 1990 estabeleceu-se um diálogo com possibilidades de implementação de ações afirmativas a fim de reparar uma população até então excluída de todos os direitos sociais culturais e políticos. Porém, somente em 2000 é que, de fato, se instituiu uma Secretaria Nacional e uma Coordenadoria Estadual de Promoção da Igualdade Racial, com o objetivo de, institucionalmente, debater sobre a causa e transformar algumas das demandas em políticas públicas voltadas para essa população. Os órgãos representam um recurso atual do Movimento Negro, substituindo as manifestações das ruas pelos espaços institucionais. Conforme afirma Souza (2012), esses espaços representam uma “vitória do movimento” e ao mesmo tempo um espaço limitado por atender interesses múltiplos e variados, ora dos partidos ora do movimento.

Destaca-se que o Movimento Negro em Sergipe possui quatro fases: A fase inicial com a Casa da Cultura Afro-Sergipana (CCAS), desenvolvida em pleno regime militar. Nessa fase, entre as décadas de 1960 e 1970 organizou-se um local onde pudesse ser exposta a cultura negra através de dança, teatro e música. A segunda fase foi a de desenvolvimento de novas organizações e extensão da rede informal do Movimento, em 1970, período em que o movimento de intelectuais militantes surgiu e organizou debates em torno da temática, a fim de formar uma consciência que logo em seguida vão denominar de “consciência negra”. A terceira fase é a da organização do

Fórum Estadual de Negros e a ONG SACI, 1990; já consolidado. o grupo se fortalece e acompanha as organizações nacionais inserindo-se nos partidos políticos, formando uma militância negra, de fato. Por fim, a última fase é a caracterizada pela abertura do Estado sergipano às demandas do Movimento e pela influência de militantes negros na administração pública, isso ocorreu já em 2000 (SOUZA, 2012).

Conforme destaca Gohn (2004), as transformações relacionadas à abertura de canais de acesso às políticas institucionais, a forma como os movimentos sociais brasileiros se mobilizam atualmente mudaram, pois saiu de protestos nas ruas (1980) para um tipo de mobilização marcada pelo interesse em organizar e capacitar seu grupo alvo em torno de programas e projetos sociais (1990). No caso aqui estudado a causa social era incluir um grupo social a ter acesso aos serviços públicos atendendo suas especificidades, a saúde da população negra, como será analisado no capítulo seguinte.

Entretanto, vale destacar que até agora se constatou que a relação existente entre o processo de industrialização e a repercussão deste sobre a saúde do indivíduo, a fragilidade econômica do serviço de saúde e a organização política dos movimentos sociais especificamente dos trabalhadores da saúde e do negro colaborou significativamente para a mudança de paradigma, de conceito e de determinantes em saúde. Um novo conceito de saúde foi elaborado e ampliado, um novo serviço foi sistematizado a fim de dar conta de outro indivíduo que surgia: aquele que agora era sujeito do processo e não apenas paciente das ações. Portanto, um sistema que fosse único em que a população em qualquer condição e /ou lugar tivesse acesso a um serviço igualitário e universal ainda não era possível, era preciso avançar, especificar, atender a todos os grupos indistintamente, considerando as especificidades de cada grupo; assim é que nasceu a política de saúde integral da população negra como será apresentado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2 – ASPECTOS POLÍTICOS NA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Organizou-se no país, em fins do século XX e início do século XXI, uma agenda que atendesse a população negra, especificamente a saúde dessa população. Uniram-se categorias de identificação da população: raça, cor e etnia que, aliados a dados epidemiológicos, confirmaram as injustiças em saúde dessa população (BRASIL; TRAD, 2012).

As primeiras inserções do tema saúde da população negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorrem na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro. No encerramento do “I Seminário Nacional de Política Nacional de Saúde da População Negra”, em 2003, foi assinado um Termo de Compromisso entre a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR) e o Movimento Social Negro declarando que a saúde da população negra é uma questão de equidade. No referido Termo, Política de Promoção de Igualdade Racial é compreendida como políticas públicas que pretendem corrigir iniquidades decorrentes de discriminação, histórica e atual, vivenciada pela população negra (SILVA, 2015, p. 21). A partir deste documento, seminários, encontros, reuniões técnicas e políticas foram realizados culminando na revisão do Plano Nacional de Saúde o qual reitera a necessidade de iniciativas imediatas, mediante a adoção de ações afirmativas em saúde.

Tratou-se de um processo longo que ganhou mais força e se tornou mais visível no Governo Lula (2003-2010), muito embora já fosse pauta de discussões do Governo FHC (1994-2002), é um debate que já perdura mais de duas décadas. Soma-se a isso, a mudança da imagem do Brasil no cenário internacional dando-lhe condições de articular mais parcerias com outras organizações internacionais (BRASIL; TRAD, 2012).

No governo de FHC há um crescimento da dívida externa e expansão da dívida pública, déficit em conta corrente, elevada taxa de juros, desmonte das políticas públicas, desregulamentação do mercado de trabalho e abertura comercial e financeira acelerada através da valorização cambial. Em contrapartida, as ações afirmativas emergiram neste governo, por forças da atuação do Brasil no âmbito internacional (BRASIL; TRAD, 2012, p. 71).

No que se refere às afirmações acima, Souza (2012, p.70) acrescenta que a força do Brasil no cenário internacional ter provocado o surgimento das ações afirmativas e

constitui fatores externos à Política, é o que a autora chama de Estrutura da Oportunidade Política (EOP) “[...] são os recursos externos importantes para os Movimentos Sociais [...]” e mais, o fato de um governo que não simpatizava com ações dessa natureza de repente promover ações voltadas para este fim, a exemplo do PNDH 1 e 2, significa que “[...] o tipo de governo pode facilitar ou pode reprimir as mobilizações dos movimentos sociais [...]”, também considerados como situações externas à política.

Os indicadores de saúde também forçaram o Estado a planejar a política e direcionar recursos e esforços com base no detalhado conhecimento da realidade social. “Os indicadores sociais de saúde são índices, números, percentuais ou informações quantitativas ou qualitativas, criados para observar e medir determinada realidade ou fenômeno social” (FAUSTINO, 2012, p.93). São eles que, ao serem observados sistematicamente, possibilitam tanto ao Estado ou a quem interessar avaliar o impacto de suas políticas na realidade em questão e traçar caminhos a fim de otimizar os serviços de saúde oferecidos à população. Os indicadores são instrumentos de medição fundamentais para avaliação de qualquer política pública, no caso da saúde são importantes instrumentos de gestão e controle da situação do país, já que fornecem dados confiáveis retirados dos sistemas de informação. Isso, graças, primeiramente, à inclusão do quesito cor nos registros dos prontuários utilizados durante os atendimentos nas unidades de saúde, já sinalizado anteriormente, que contribui para a identificação de uma raça, cor ou etnia (FAUSTINO, 2012). Muito mais que medir determinada desigualdade, os indicadores possibilitam o planejamento das ações do governo para o enfrentamento dos problemas observados.

Desse modo, a fim de compreender como ocorreram as articulações e organizações, bem como a instalação de medidas de controle, é que se apresentam, ao longo deste capítulo, os principais acontecimentos políticos e sociais que possibilitaram a formulação dessa Política Pública, bem como seus princípios e diretrizes de atuação no Estado de Sergipe.

3.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: REFLEXÕES FUNDAMENTAIS PARA A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA

Na década de 1990, o governo federal passou a se ocupar do tema, em atenção às reivindicações da “Marcha Zumbi dos Palmares”, realizada em 20 de novembro daquele

ano e que resultou na criação do “Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra” (GTI) e do Subgrupo Saúde. Em abril do ano seguinte, o GTI organizou a “Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra”, cujos principais resultados foram os descritos a seguir.

Primeiro, a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade de nascidos vivos, o que possibilitaria a identificação de principais doenças que acometem especificamente na população negra, além do acompanhamento de acesso aos serviços de saúde, como tempo de busca, período, tipos de serviços e até a causa morte.

O segundo resultado dos debates foi a elaboração da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, dando assim condições de identificação mais detalhada aos grupos vulneráveis, a fim de planejar ações e políticas públicas específicas, não apenas para o negro como para os indígenas e comunidades remanescentes de ciganos.

O terceiro e último resultado foi a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2012), já apresentado anteriormente.

A respeito daquele mesmo ano (1990), na contramão Gohn (2007), aponta para um “recrudescimento dos grandes movimentos sociais”. Nesse sentido, a autora aponta alguns elementos que podem explicar o suposto refluxo dos movimentos sociais ou ainda um novo modelo de movimentos sociais. Para isso, aponta que os movimentos apresentaram-se naquele momento através de pequenos grupos cada vez mais institucionalizados, transformando o poder público como mero repassador de recursos para ações coletivas, principalmente no que se refere ao movimento negro na saúde. Nessa área específica, a autora afirma “[...] ter havido uma expansão das entidades independentes que tem se debruçado sobre ações de educação, saúde e direitos humanos, todas voltadas às lutas contra o racismo”. Constata-se, ainda, a aproximação nas relações do movimento negro com o Estado por força das inúmeras causas em que estão envolvidos: racismo e racismo institucional nas instâncias do SUS, além das religiões de matrizes africanas com as práticas e saberes populares em saúde, através das associações e grupos de resistência.

Um dos atores políticos importantes que também

[...] estarão presentes na disputa pela condução dos processos de formulação de políticas e poderão acelerar a construção das políticas afirmativas se referem aos grupos de novos intelectuais. Esses novos intelectuais são acadêmicos formados nos grupos de pesquisa do país e podem ser considerados intelectuais orgânicos [...] A dimensão do poder é mais uma vez apontada no processo de planejamento da política, posta a necessidade de considerar o poder técnico – visto aqui como uso de conhecimentos e tecnologias, manuseio de informações teóricas, técnicas, administrativa, clínicas e epidemiológicas (BRASIL; TRAD, 2012, p. 83).

Os anos de 2005 e 2006 foram especialmente marcados por seminários, encontros, reuniões técnicas e políticas, que culminaram com a aprovação da Política de Saúde Integral à População Negra pelo Conselho Nacional de Saúde, em 10 de novembro de 2006. Vários eventos antecederam a aprovação, merece destaque a realização do “II Seminário Nacional de Saúde da População Negra”, marcado pelo reconhecimento oficial do Ministério da Saúde da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS. Os autores analisados por Brasil e Trad (2012, p.87) afirmam que:

[...] o processo de institucionalização e mudanças de políticas depende não apenas da correlação de forças políticas que dirigem e pressionam o Estado e seus aparatos, mas também da distribuição do poder no interior do aparelho estatal e das formas concretas de organização de trabalho nas instituições.

Dentro do SUS, em virtude de sua proposta de participação e controle social, a organização social é bem visível e consolidada.

Em 2007, vale destacar a “I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial” (Conapir), durante a Conferência “[...] foram aprovadas 87 propostas de políticas públicas de equidade em saúde” (FAUSTINO, 2012, p. 99). Porém, somente em 2009 foi provado o Plano Nacional de Promoção de Igualdade Racial (Planapir) que amplia a discussão considerando que saúde “[...] envolve a redução das desigualdades sociais por meio do desenvolvimento sustentável, com distribuição de renda, educação e foco nos grupos raciais discriminados, criando a pactuação entre os diversos ministérios” (FAUSTINO, 2012, p. 98). O cenário era propício para que a Política se instaurasse, todavia, segundo a análise de BRASIL; TRAD (2012, p. 87):

[...] o destaque de uma questão na agenda depende do ambiente do governo e da receptividade daquela ideia, combinados com a presença dos atores-chave para a decisão, elaboração e implementação de uma política pública. É preciso garantir o crescimento da ideia na agenda governamental, a despeito do enfrentamento das questões étnico-raciais brasileiras. Uma vez nesse processo, deve levar em conta a avaliação de custos e benefícios das várias opções disponíveis de

ação, a real chance de o problema se impor na agenda política e o envolvimento de relevantes atores políticos.

Neste sentido, em 13 de maio de 2009, através da Portaria nº 992, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Entre as diretrizes da Portaria estão a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social da saúde. Essa primeira diretriz é fundamental por entender que os trabalhadores da saúde precisam receber formação adequada que lhes apresente a real condição desse grupo e a tradicional história de exclusão a que foram submetidos, com vistas a minimizar o chamado “racismo institucional” que dificulta o acesso da população negra às instituições públicas (BRASIL; TRAD, 2012, p. 73) . Ainda sobre este tema, Silva (2015) afirma que a formação permanente e contínua dos profissionais de saúde do SUS pode contribuir para prestar um atendimento adequado levando em consideração as especificidades derivadas da posição ocupacional e os fatores degradantes, aqueles derivados de fatores socioeconômicos, de desnutrição, de pressão social.

[...] o racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo das organizações e instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ancorada em um esquema interpretativo que reconhece a existência de fenômenos sociais irreduzíveis ao indivíduo, e, apontando a reprodução de práticas discriminatórias que assentam não apenas em atitudes inspiradas em preconceitos individuais, mas na própria operação das instituições e do sistema social, o enfoque do racismo institucional oferece uma nova abordagem analítica e uma nova proposta de ação pública (FAUSTINO, 2012, p.97).

O referido autor afirma ainda que o racismo institucional impacta a saúde da população negra e mostra que a ausência de ações governamentais para a garantia de acesso ao direito à saúde reproduz o racismo. Tal situação pode deixar de ser negligenciada ao investir numa formação profissional adequada que oriente o trabalhador em saúde a perceber e identificar essa demanda, preenchendo corretamente os prontuários, por exemplo, e lançando no sistema de informação em saúde dados fidedignos do usuário, com o intuito de fornecer subsídios para análise com vistas a relacioná-los ao quesito cor/raça a fim de propor ações, definir políticas e prioridades para promover a equidade.

O segundo tema presente nas diretrizes da referida Portaria é o reconhecimento dos saberes e práticas populares em saúde, incluindo aqueles preservados pelas

religiões de matrizes africanas, garantindo-lhes a proteção de sua cultura, de suas origens e de sua história.

A justificativa para a instituição dessa política baseia-se no argumento de que a avançada legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não garante o atendimento das características específicas da população negra, e nem a mesma qualidade na atenção de saúde oferecida aos demais segmentos da população. Por esse motivo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra direciona, em todos os níveis e instâncias do SUS, um esforço para superar os fatores que determinam as expressões de maior vulnerabilidade da população negra, como a anemia falciforme, por exemplo. De acordo com o relatório do IPEA (2001), a situação de Saúde da População Negra no Brasil apresenta os seguintes determinantes sociais: a ausência do quesito cor nos prontuários das unidades de saúde dificultam a identificação da causa morte dos negros e das doenças e tipo de frequência dos mesmos nas referidas unidades, todavia ainda assim é possível identificar que, com relação à população brasileira, 65% é negra e pobre, sendo que 70% é extremamente pobre; o cenário referente à prematuridade e à mortalidade infantil também apresenta uma disparidade quando relacionado a raça, cor e etnia. O relatório destaca os dados referentes às crianças menores de cinco anos. O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. Também o risco de morte por desnutrição apresenta diferenças alarmantes, sendo 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre brancas.

Segundo Werneck (2012, p.01), o que diferencia o perfil dos agravos à saúde da população negra é a incidência precoce de doenças que acometem esta população e a desassistência a que são submetidos. “Temos taxas de morte precoces de doenças cardiovasculares, que poderiam ter sido tratadas, poderiam ser resolvidas com o que o sistema já tem. E não são”.

Para a autora, “[...] morremos mais das doenças cardiovasculares, causas externas, doenças degenerativas, neoplasias [...]”. “Temos taxas de morte precoces de doenças cardiovasculares, que poderiam ter sido tratadas, poderiam ser resolvidas com o que o sistema já tem. E não são.” Afirma ainda, que, por exemplo, está na literatura que a hipertensão arterial tem maior incidência na população negra. Ainda assim, não há estratégia que dê atenção a esse fato. O que se vê é que, apesar de essa informação científica existir, o sistema de saúde não desenvolve ação para acesso ao diagnóstico precoce e a um tratamento com qualidade.

As doenças e agravos da saúde da população negra podem ser classificadas em: Geneticamente determinadas: doença falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase: A Anemia Falciforme é uma doença hereditária, originária de uma mutação genética ocorrida na África, este gene pode ser encontrado de 2 a 6 % da população brasileira, e de 6 a 10% na população negra. Enquanto que a deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase é uma doença hereditária ligada ao cromossomo X. A glicose-6-fosfato desidrogenase desempenha um papel fundamental no metabolismo eritrocitário, tanto na obtenção de energia a partir da glicose, quanto na sua proteção contra agentes oxidantes. É um erro nato que interfere nos processos de manutenção dos eritrócitos, o que favorece a ruptura da membrana dos glóbulos vermelhos levando à anemia hemolítica. A variante africana de G-6-PD é de origem africana e apresenta atividade deficiente, disseminada em toda a África e afrodescendentes de todo mundo. No Brasil 95 a 99% dos deficientes de G-6-PD apresentam a variável africana. A maioria dos portadores não apresentam sintomas embora, possam apresentar hemólise de vários graus conforme ambiente exposto, como medicamentos e nitratos voláteis (FRAGA; SANINO, 2014 p. 201 a 202).

As autoras afirmam ainda que as pesquisas revelam que as doenças são derivadas de condições de habitação, alimentação, ambientação causadas principalmente pelas condições econômicas desfavoráveis. Tais condições geram a “[...] desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais e abuso de substâncias psicoativas” (FRAGA; SANINO, 2014 p. 202). Sabe-se que esta não é uma realidade apenas da população negra, várias famílias vivem sem a mínima condição de subsistência nas diversas regiões brasileiras, seja pela baixa qualificação, pela pouca formação em áreas em que o mercado mais exige, ou, ainda, pela dificuldade de acesso devido às situações de discriminações a que são submetidos. Entretanto, “[...] embora ocorram nos demais grupos populacionais, tais acometimentos são mais incidentes em mulheres e homens negros decorrentes das desvantagens psicológicas, sociais e econômicas acarretadas pelo racismo. (FRAGA; SANINO, 2014 p. 202).

Nota-se também o tratamento dificultado de algumas doenças como a hipertensão arterial, diabetes melito, miomas, entre outras com a necessidade de maior atenção e capacitação profissional, para que haja o entendimento da vulnerabilidade da raça negra visando à adoção de medidas adequadas de prevenção e redução na mortalidade de doenças controláveis. A respeito dessas doenças Fraga e Sanino (2014, p.202) afirmam que existem também as “[...] doenças dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas: hipertensão arterial e diabetes melito...].” Essas doenças estão relacionadas à educação em saúde, por serem

“[...] definidas pelo aumento nos níveis da pressão do sangue demandando mais força de contratilidade cardíaca [...]”. Dessa forma a educação em saúde aparece como fundamental para que se evitem as sérias complicações da doença. A outra citada pelas autoras é “[...] Diabetes Mellito é caracterizada pelo nível plasmático anormal de glicose [...]”, podendo ocasionar vários problemas, desde os problemas de origem circulatória, que reduz a qualidade e expectativa de vida, até a morte.

A política justifica-se, ainda, pois, pelo Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra está em consonância com o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) e visa a cumprir o objetivo de garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde, isto é, promover o acesso à saúde a toda a população, independente de onde resida; assim, com vistas ao cumprimento da CF de e da própria legislação do SUS, o indivíduo será atendido dentro de suas especificidades. A terceira justificativa da Política é cumprir a Portaria nº 1678/GM de 13 de agosto de 2004 que criou o Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, o qual considera a necessidade de promover a articulação entre as ações do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Seria uma instância mediadora entre os setores a fim de facilitar a elaboração de ações direcionadas para este grupo específico (BRASIL, 2012). No que se refere à criação de Comitê Técnico será apresentado no capítulo seguinte o Comitê Técnico do Estado de Sergipe, instância onde aconteceu este estudo.

Como responsabilidade do Gestor Estadual cabe as secretarias estaduais, o estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política deve elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra, através de mecanismos que aproximem a informação à linguagem das comunidades. Destaque para a figura dos trabalhadores da saúde, principalmente as equipes de saúde da família por meio do Agente Comunitário de Saúde, aquele que poderá estabelecer um vínculo do usuário com a Unidade de Saúde. Tal Política prevê ainda o apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra que pode ser realizada pelo Movimento Popular em Saúde com suas ações de extensão junto com as universidades que promovem debates, palestras e oficinas educativas em saúde.

Em consonância com o SUS, a Política prevê o fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social, essa diretriz já é desenvolvida no sistema recebendo, a partir de então, o apoio para que juntos consigam engajar mais atores e formar multiplicadores no processo de participação popular. Para tanto, cada local estabeleceu estratégias de implementação da Política, as quais possuem especificidades locais oriundas da realidade social de cada Estado, dos atores envolvidos, da correlação de forças políticas e sociais presentes em cada momento histórico. Assim, apresentam-se, a seguir, os aspectos da realidade social do Estado Sergipe, suas principais prioridades na área, principais eventos realizados para este fim e órgãos institucionais parceiros nessa discussão.

3.2 A GÊNESE DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM SERGIPE

No Estado de Sergipe, o processo de implantação teve seus percalços e suas especificidades. As primeiras discussões acerca da implantação de uma política específica para tratar da saúde integral da população negra partiram da organização do movimento negro e da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe que em 2012, por possuir membros do Movimento em cargos políticos do governo apresentou uma proposta de implementação da Política que atuaria em três grandes eixos.

O primeiro eixo do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, que é um conjunto de cuidados que devem acontecer continuamente, respeitando os princípios do SUS. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Doença Falciforme acomete predominantemente, as pessoas afrodescendentes. A referida doença “[...] é explicada a partir da diminuição da hemoglobina no sangue de algumas pessoas, ou seja, não possuem o pigmento que dá a cor vermelha ao sangue, a hemoglobina chamada A” (BRASIL, 2007, p. 02). Quem tem anemia falciforme sofre com crises muito graves, com vários sintomas, principalmente com dores ósseas, dores na barriga, com infecções repetidas, na maioria das vezes muito graves, podendo levar até à morte. Existem casos em que os portadores desta doença precisam passar por diversas transfusões de sangue com o objetivo de diminuir as dores, além de outros sintomas como, por exemplo, a área branca dos olhos amarelada, e palidez. Tal situação é mais grave quando acomete crianças; nesses casos, as infecções são mais fortes e

apresentam-se com inchaços nas mãos e nos pés. Já nos adultos a atuação da Doença Falciforme é diretamente nos órgãos internos, os mais afetados são pulmão, fígado e coração, acrescido muitas vezes de úlceras na pele (BRASIL, 2007). Desse modo, o Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme prevê a inclusão da eletroforese de hemoglobina nos testes de triagem neonatal, considerando assim que este é um problema de Saúde Pública no Brasil, além de mudança da história natural da doença no país. Ao incluir a detecção das hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal, o programa procurou corrigir antigas distorções a respeito dessa questão, até então totalmente desconhecida, e trouxe vários benefícios para esse segmento da população que é o princípio da igualdade, garantindo acesso igual aos testes de triagem a todos os recém-nascidos brasileiros, independentemente da origem geográfica, etnia e classe socioeconômica (BRASIL, 2007).

Em Sergipe, o Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme num cenário de aposta na qualificação das redes temáticas, com conformação de grupos condutores estaduais de redes, iniciou-se um processo de apoio intensivo à SES/Sergipe. Num movimento de composição entre ofertas da PNH e demandas da SES, o apoio em humanização centrou-se na DAIS, diretoria em que se encontram os setores e equipes responsáveis pela tessitura das redes temáticas no Estado de Sergipe e que vem trabalhando com a função de apoio para dentro de seus quadros, desde 2007.

A partir do segundo semestre de 2012, iniciou-se apoio intensivo às seguintes equipes da SES: Coordenação de Atenção Psicossocial (CEAP) e Núcleo de Gestão das Linhas de Cuidado (NUGELC), onde se encontram inseridas as coordenações da atenção materna e infantil e da saúde da pessoa com deficiência. De forma menos sistemática, a equipe do Ministério da Saúde (Rede Humaniza-SUS) reuniu-se com as equipes da Atenção Básica (justamente para discutir apoio institucional) e com a equipe da Atenção Hospitalar (para discussões sobre o dispositivo da classificação de risco). Desse movimento, atentando para a demanda expressa por todas as equipes apoiadas na necessidade de maior articulação entre as equipes e suas ações e de reavivamento da função apoio de institucional, com a qual a SES já trabalhava, como modo de compor a conexão intra-SES e de fortalecer o apoio dado aos municípios, conformou-se o 'projeto de apoio integrado da DAIS/SES'.

Assim, na reunião do dia 25-03-2013, com participação da coordenação da Atenção Psicossocial, Educação Permanente, Atenção Básica, NUGELC, bem como de um trabalhador da Atenção Psicossocial e outro do NUGELC, que estavam participando

do curso de apoio institucional promovido pela Atenção Básica do MS, essas questões foram sintetizadas da seguinte forma: Demandas: Implantação/atualização/reorganização da estruturação do apoio institucional na Atenção Básica. A coordenação da Atenção Básica apresentou um desenho com critérios para levantamento de prioridades de municípios a serem apoiados e um tracejo metodológico a partir do qual se pode iniciar essa atualização; pensar e construir a especificidade do apoio institucional estadual/SES Sergipe.

No mesmo encontro, construíram-se coletivamente princípios e diretrizes comuns para o apoio institucional SES, a partir dos quais seja possível construir planos de ação para as equipes de apoiadores de cada setor (Atenção Básica, psicossocial, hospitalar...), construir um plano de ação do apoio institucional integrado da SES, além de construir e negociar planos de intervenção municipais e/ou regional. Tais ações realizadas intersetorialmente colocariam em ação a primeira estratégia de implantação da Política no Estado. Acrescenta-se a essa ação a formação de Educação Permanente para apoio institucional com vistas a estruturar formação para os apoiadores institucionais da SES, de modo a garantir sistematicidade do processo.

Desse modo, com o intuito de efetivar a Política, disponibilizaram-se espaços coletivos de discussão e planejamento entre equipes de apoio dos setores, os quais pudessem funcionar como espaços formativos e de supervisão, levando à sério a ideia de Educação Permanente, ou seja, partindo da indissociabilidade entre trabalho e formação.

Durante o debate, percebeu-se, ainda, a necessidade de fazer gestão do apoio, ou seja, de pessoas responsáveis pela facilitação desses espaços de planejamento e discussão. Decidiram reunir à Coordenação Estadual de Atenção Psicossocial (CEAP), o Núcleo Gestor de Linhas de Cuidado (NUGELC), Atenção Básica e Hospitalar, as coordenações do NUGELC, CEAP, para que juntos construíssem um projeto de apoio integrado das equipes da DAIS, que se coloca com o intuito de diminuir fragmentação entre as equipes dos setores, potencializar a cogestão DAIS-SES e fortalecer o apoio ofertado pelo Estado aos municípios.

Ao longo do ano de 2013, desenvolveu-se um grupo do qual participaram as coordenações da Atenção Básica, Saúde Mental, EP e NUGELC, além de dois trabalhadores (um da Saúde Mental e um da Atenção Básica) envolvidos no curso de formação de apoiadores da Atenção Básica oferecido pelo MS. Tal grupo reuniu-se para produzir, a partir de levantamento nas áreas da SES, um projeto que foi

apresentado no colegiado da DAIS e aprovado. No ano de 2014, almeja-se executá-lo, com o apoio da Câmara Técnica de Humanização. Desse modo, as ações buscam atender não somente a um público específico, mas à política de saúde em geral.

O segundo eixo estabelecido foi o de Promoção da Saúde da População Quilombola que, de acordo com os documentos analisados (atas de reuniões), até o momento voltadas para a promoção da Saúde da População Quilombola são escassas. Nos registros documentais da Secretaria da Saúde de Sergipe encontram-se registros apenas de duas reuniões com a Coordenadoria Especial de Políticas de Igualdade Racial com o objetivo de organizar um Fórum Estadual de Igualdade Racial, para o qual não se evidencia resultado. As populações quilombolas segundo Menezes; Zeni; Oliveira; Melo (2015, p. 132), têm enfrentado “[...] inúmeras dificuldades em virtude das precárias condições de vida, da ausência de políticas públicas direcionadas as suas próprias necessidades e do acesso ao direito à saúde”. Tais populações encontram-se espalhadas por todo o Brasil. Em Sergipe existem 25 comunidades quilombolas, todas registradas no Relatório do Quilombo dos Palmares. Para esses autores, há chances da Anemia Falciforme crescer nos espaços quilombolas em virtude dos casamentos existentes entre parentes; por conta disso, tornam-se necessárias estratégias específicas que promovam a prevenção, a educação em saúde e o aconselhamento genético. Os mesmos concluem que a educação em saúde é uma ferramenta importante no sentido de capacitar as pessoas a fim de reduzir as desigualdades em saúde destas populações.

O terceiro e último eixo da proposta inicial de implantação da Política de Saúde Integral da População Negra é da Promoção da participação e do controle social através da criação do Comitê Estadual da População Negra. A criação do Comitê seria o passo inicial para a implantação da Política, pois nele seriam debatidas as situações de saúde de todos os grupos vulneráveis e o acesso destes à saúde de qualidade. Vale destacar que tal participação será garantida quando a população se engajar no processo de formulação das políticas de saúde e no controle de sua execução, em todos os níveis de governo. Isso ocorre nas conferências de saúde, nos conselhos de saúde e nos conselhos gestores de unidade de saúde. Já o Controle Social só se consolida quando se dá a participação da comunidade na fiscalização e na condução da política de saúde. Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p. 140) afirmam que os conselhos de saúde são muito importantes para o funcionamento adequado da Política. É um órgão permanente e deliberativo composto por representante da sociedade, sua formação deve contemplar o

Estado e a Sociedade Civil, nesta última a comunidade negra deve ser representada para que haja possibilidades de defesa de interesses específicos.

Neste sentido, o ponto de partida da implementação da Política de Saúde Integral da População Negra no Estado de Sergipe ocorreu através de reuniões, debates e definição de um Plano de Ação que buscou atender as três vertentes definidas pela primeira reunião organizada pelos representantes das instituições do governo e posteriormente membros do Comitê Estadual. Constata-se que os desafios ainda são grandes para que, de fato, a Política se consolide, haja vista as ações serem ainda embrionárias mesmo após oito anos da realização do I Seminário.

A seguir, será apresentado o passo a passo da caminhada com a criação do Comitê Estadual como órgão gestor de organização e da política.

CAPÍTULO 3 – O COMITÊ TÉCNICO ESTADUAL DA PROMOÇÃO DA EQUIDADE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (COEPOPS): HISTÓRIAS, ATORES E COTIDIANO

Neste capítulo analisam-se as condições sociais de criação do Comitê, desde o seu surgimento até a atualidade, com ênfase nos processos políticos e oportunidades políticas (TARROW, 2009; TILLY, 1995). Dar-se-á atenção mais detalhada as vivências políticas, as redes de relacionamento com o espaço de formação, o perfil dos conselheiros e o funcionamento do Comitê a fim de observar a relação entre os atores e seus mecanismos de participação.

Inicialmente vale destacar alguns aspectos que permeiam a relação entre sociedade/Estado. O primeiro aspecto refere-se ao caráter do tempo dessa relação, a qual não é nova, assim como não o é a participação democrática. Nos séculos XII e XV, em Portugal, já se falava em “conselhos”, porém as representações mais expressivas na história são: a Comuna de Paris, os Sovietes Russos, os conselhos alemães, os conselhos de fábricas na Itália e os conselhos cidadãos norte americanos, estes últimos mais recentes (GOHN, 2007). O segundo aspecto refere-se aos tipos de conselhos; no Brasil, por exemplo, existem três tipos de conselho: 1) Os conselhos criados pelo Executivo, a fim de mediar relações com os movimentos e organizações populares; 2) Os conselhos populares, estabelecidos pelo Ministério da Saúde e setores da organização da sociedade civil; e 3) os conselhos institucionais criados pelas leis originárias do Poder Legislativo, advindos da pressão da sociedade civil e contando com a sua participação na gestão. Independente dessa divisão, vale ressaltar que as pessoas formam grupos e nesses grupos existem interesses específicos que, somados aos interesses da coletividade, passam a ser comuns na maioria das vezes. Nesse sentido, a sociedade participa das ações do Estado em meio a mobilizações sociais para alcançar os objetivos de determinados grupos.

A fim de legitimar essa representação, a Constituição Federal de 1988 prevê os conselhos gestores como locais para desenvolver o controle social e gerir a coisa pública com poder de voto nas ações do Estado (AVRITZER, 2007^a). É também a Constituição que incorpora a seguridade social com o tripé da Política de Saúde, Previdência e Assistência Social. Na organização dessas políticas constam os mecanismos de controle social, isto é, a participação da sociedade na organização e deliberações de sua política. Diante disso, a importância dos conselhos gestores trouxe

um novo padrão de relações entre Sociedade e Estado, através da participação efetiva do colegiado para acompanhar, de forma efetiva, a política pública, pois, nesses espaços, ocorrem os debates, as decisões e deliberações relacionadas aos rumos do dinheiro público e da própria política.

Entretanto, verifica-se que, somente em 1990, o chamado Controle Social começou a ser introduzido de forma mais ampla, principalmente em virtude das legislações que exigiam para o financiamento das políticas públicas ((AVRITZER, 2007b). Nesse sentido, o contexto social em que os atores estão inseridos será analisado a partir de duas situações: 1) análise das condições que possibilitaram a criação do Comitê e a inserção dos atores através das entidades representativas; 2) abordagem do Comitê como local de debate e de participação ativa dos membros conselheiros.

4.1 A CRIAÇÃO DO COMITÊ EM SERGIPE

O Comitê foi criado em 27 de setembro de 2013, envolto em situações de conflitos até porque várias representações se interessaram em fazer parte dele, e as principais discussões era a definição das representações já que o grupo de população em situação de saúde vulnerável era grande e, para contemplar todas as representações, estava cada vez mais complicado definir critérios de inserção. O que se percebe é que as entidades sempre estiveram presentes na construção das políticas públicas e que a relação sociedade/Estado também.

O processo de criação acompanha o processo nacional de discussões acerca de uma política pública que atendesse a população negra, especificamente a partir de 2006, como exigência legal da agenda nacional de saúde. Porém, cada estado, apesar de ter que cumprir a legislação, apresentou suas especificidades em relação à implementação de sua política, devido ao contexto local e aos processos iniciados antes mesmo da formação deste.

Destaca-se essa informação de acordo com a transcrição de parte da entrevista abaixo:

Como ocorreu o processo de formação do Comitê?

O COEPOPS foi criado em 27 de setembro de 2013, após um processo a passos largos de reuniões e debates de um grupo de trabalho desde abril daquele mesmo ano. De 30 de abril a julho, a ideia foi lapidada, e durante a Oficina Compartilhada de Controle Social e Promoção à Equidade foi apresentada à Secretaria de Estado da Saúde a redação da portaria de criação do Comitê. Após a provação

da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2006, foi realizado, aqui no Estado, o I Seminário de Saúde da População Negra. Nesse evento foi elaborada uma Carta de Intenções se comprometendo a iniciar os debates, rodas de conversa e oficina em torno dessa temática. Em 2008 foi realizada I Oficina dos Gestores sobre Atenção às Pessoas com Anemia Falciforme. Em 2010 foi criada a área técnica da SES de enfrentamento à violência e promoção à equidade. Nesse mesmo ano, foi realizado o II Seminário de Saúde da População Negra. E em 2013 foi instituída a área técnica de promoção a equidade em saúde somando-se a área técnica de educação popular e práticas integrativas. Daí surgiu a ideia de criação do Comitê. Foi o 1º Comitê no Brasil. (Técnico da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde e Membro Titular do Comitê).

Conforme o narrado verifica-se que somente após sete anos de implantada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, é que foi criado o referido Comitê, a fim de discutir e gerir a mesma. Vale ressaltar, ainda, que o Estado de Sergipe foi o primeiro a instaurar tamanho avanço, embora tardio. Isso porque as ações de saúde dessa política são ações ainda isoladas e sem continuidade que não levam em consideração os princípios e diretrizes da PNSIPN, esquecendo também as diretrizes aprovadas na Conferência Nacional de Saúde e, mais ainda, não levam em consideração o Estatuto da Igualdade Racial segundo o qual a política agora é lei (MARMO, 2011). A PNSIPN ainda não foi incorporada pelo próprio Ministério da Saúde e a falta de vontade política no enfrentamento do racismo institucional faz com que as ações não tenham resolução e garantam a melhoria da saúde da população negra (MARMO, 2011, p 01).

A população negra, por causa de diversas condições históricas, encontra-se hoje nos extratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde, traduzida especialmente pela comprovada precocidade dos óbitos e pela alta taxa de mortalidade materna, situação agravada pelo racismo que, muitas vezes, é responsável pela discriminação que ocorre em várias instituições e também nos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Mesmo diante desse cenário, a política não foi implementada de fato, e o que existe na realidade são algumas ações que não impactam a saúde da população negra, que ainda continua morrendo por causas evitáveis, ou seja, os direitos da população negra em saúde são negados (MARMO, 2011, p.01).

No tocante ao Estado de Sergipe, não se configura como um Estado aquém das discussões sobre os desdobramentos da política, pois existiam grupos engajados nessa discussão. Havia uma movimentação bastante significativa nessa área, principalmente

por parte do Movimento Social Negro e demais entidades representantes dos grupos vulneráveis em saúde, principalmente as de cunho filantrópico que participam ativamente das ações da sociedade. A entrevista abaixo pode ratificar quais os atores presentes àquela época de consolidação do Comitê conforme transcrição a seguir:

Quais as entidades representativas iniciais do Comitê
Representantes do Movimento Social Negro de Sergipe, técnicos da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde, população LGBT, população em situação de rua, povo indígena, população do campo e agrária (Conselheiro representante população de rua).

Verifica-se na fala retro, a participação da representação do governo e da sociedade em prol do debate sobre a política, não de forma estanque, mas sim de forma engajada, pelo menos para a composição do Comitê. Outro aspecto importante da fala é a vinculação da política à atenção primária de saúde preconizada pelo SUS. A Atenção Básica prevê a vinculação dos profissionais com a comunidade e com essas diversidades, o que é fundamental para a implementação de uma Política Pública com destaque as políticas de promoção de igualdade racial (DOMINGOS, 2015, p.21).

Ao perguntar sobre a atual composição, foi relatado o seguinte:

Houve uma ampliação nessa representação, percebemos que outros grupos deveriam ser inseridos na causa, haja vista os objetivos de atender a todos os grupos de vulnerável socialmente, daí passaram para 40 integrantes: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe – três titulares e três suplentes; representante da Área Técnica de Promoção da Equidade em Saúde - titular; representante da Área Técnica de Educação Popular em Saúde - titular; representante da Coordenação da Atenção Básica – titular; representante da Coordenação da Atenção Psicossocial – suplente; representante da FUNESA – suplente; representante do Núcleo de Gestão Participativa – suplente; Secretaria do Estado dos Direitos Humanos e Cidadania de Sergipe (SEDHUC) – um titular e um suplente; Secretaria do Estado da Inclusão e Desenvolvimento Social de Sergipe (SEIDES)– um titular e um suplente; Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde de Sergipe (COSEMS/SE) – um titular e um suplente; Conselho Estadual de Saúde de Sergipe (CES-SE) – um titular e um suplente; instituições de ensino superior: Universidade Federal de Sergipe – um titular e um suplente; Universidade Tiradentes - um titular e um suplente; movimentos sociais da população negra de Sergipe – dois titulares e dois suplentes; movimentos sociais e sindicais da população do campo de Sergipe – dois titulares e dois suplentes; movimentos sociais da população LGBT de Sergipe –dois titulares e dois suplentes; Povo Indígena Xocó - um titular e um suplente; movimentos sociais e educação popular em saúde em Sergipe – dois. (Técnico da SES).

Assim, constituiu-se o Comitê com 40 representações entre titulares e suplentes, de acordo com a Portaria nº 260 de 27 de setembro de 2013 da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, a qual institui o Comitê Técnico Estadual de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde do Estado de Sergipe (COEPOPS). A formação do Comitê buscou atender a legislação que prevê a formação paritária de 25% de trabalhadores da saúde e 25% representantes do governo, os demais 50% com representantes dos usuários. A formação paritária permite que a população, com sua diversidade de interesses, seja representada e possa participar da formulação, implementação e supervisão das políticas públicas tornando estas responsáveis pelas suas necessidades (DANTAS, 2015, p.58).

A formação paritária de um Conselho prevê 50% de usuários da política pública. Como usuários entenda a participação dos sindicatos, as organizações comunitárias, as organizações religiosas e não religiosas, os movimentos e entidades das minorias, entidades de portadores de doenças e necessidades especiais, movimento popular de saúde, movimento e entidade de defesa dos consumidores em saúde, ou seja, toda a sociedade organizada (BRASIL, 2010).

Apesar de os conselhos serem um espaço legitimado e privilegiado no qual a sociedade civil organizada pode controlar as ações do Estado para garantir a efetivação dos seus direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, diversos estudos têm demonstrado que diretrizes essenciais para o exercício concreto do controle social em saúde não são respeitados integralmente, e que os problemas mais comuns são: a composição, a representação e a representatividade dos conselheiros (paridade e eleição presidencial) (DANTAS, 2015, p.59).

Com relação à representação do governo, o Conselho deve ser representado pelo gestor ou técnico representante da Secretaria de Estado da Saúde (BRASIL, 2010), no caso do COEPOPS, a composição dos representantes do governo é formada por membros da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, por representante da Área Técnica de Promoção da Equidade em Saúde; por representante da Área Técnica de Educação Popular em Saúde, por representante da Coordenação da Atenção Básica, por representante da Coordenação da Atenção Psicossocial, por representante da FUNESA, por representante do Núcleo de Gestão Participativa, pela Secretaria do Estado dos Direitos Humanos e Cidadania de Sergipe (SEDHUC) e pela Secretaria do Estado da Inclusão e Desenvolvimento Social de Sergipe (SEIDES). Essa composição demonstra o controle do governo na condução do Comitê que, muitas vezes, funciona muito mais

para validar as deliberações do Executivo do que para promover o efetivo exercício do controle social (DANTAS, 2015, p.59), dado que as representações são, na sua maioria, indicação do gestor máximo local.

Diante do exposto, a grande porcentagem de representação do governo compromete a dimensão autonomia dos comitês, uma vez que estes, em detrimento do poder Executivo, podem concentrar e controlar o poder de agenda, a partir das discussões e, portanto o rumo das reuniões e decisões, além de não condizer com o princípio democrático que esse espaço defende (DANTAS, 2015, p. 60).

Os prestadores de serviço podem ser privados, contratados e conveniados pelos governos municipal, estadual e federal, podendo ser públicos como hospitais, universidades e de ensino público autarquias, fundações e empresas hospitalares públicas e outros que são conveniados pelo governo. Na formação do Comitê, a universidade pública (Universidade Federal de Sergipe) e a privada (Universidade Tiradentes) fazem parte da composição e participam ativamente das reuniões conforme cópia de lista de presença que compõem esta dissertação como anexos A, B e C. De acordo com a Constituição Federal de 1988, art. 199, “[...] a assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...]” e no parágrafo 1º “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988) Portanto, embora a participação do setor privado deva ocorrer no processo saúde/doença, a mesma deve ser complementar, quando as unidades de saúde existentes não são suficientes.

Além dessas exigências previstas em lei, outras condições são necessárias para o funcionamento adequado dos conselhos, a exemplo da representação assegurada quando atuam como interlocutores de suas bases. Jamais um representante deve atuar por causa própria (BRASIL, 2010). É preciso defender a ideia de um grupo ou de toda a sociedade, e não as ideias de interesse pessoal (DANTAS, 2015).

Os trabalhadores da saúde integram as redes públicas e privadas complementar: enfermeiros, auxiliares de saúde, médicos, etc.. Estes podem ser representados por sindicatos associações, federações, confederações e conselhos de classe (BRASIL, 2010). Na composição do Comitê não consta essa participação, descumprindo assim a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes para a criação e formação dos conselhos em saúde. O não respeito à representação paritária dos membros e das demais entidades vai contra a democratização desse espaço uma vez que

o seu cumprimento diminui o poder decisório de seus membros que, conseqüentemente, não terão garantidos seus interesses e das entidades representativas (DANTAS, 2015, p.62).

Todavia o que foi constatado nas atas de reuniões do Comitê foi a maciça ausência apresentando uma frequência mínima que compusesse quórum suficiente para iniciar uma reunião, ou seja, 10% mais um. Por essa razão, foram entrevistados apenas 10 membros do referido Comitê, como pode ser constatado na fala a seguir ao se perguntar sobre as **dificuldades para reunir o grupo:**

Frequência assídua dos integrantes; agenda para reunir o grupo, durante o ano de 2014 só foi possível realizar duas reuniões, quando deveriam ser bimestrais. Outra dificuldade é na realização das oficinas, até o momento só foi possível realizar cinco : Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Itabaiana e Nossa Senhora do Socorro (Técnico da SEIDS).

A participação dos membros em mais de um Conselho, principalmente o Conselho de Saúde, foi um dos critérios estabelecidos para garantir a cadeira da entidade no Comitê haja vista o grande número de interessados. Todavia, com o passar do tempo, foram constatadas nas atas de reuniões falas de membros reclamando a dificuldades em realizar reuniões devido à ausência destas entidades, representante das comunidades quilombolas, das comunidades indígenas, por exemplo. Observaram-se inclusive questionamentos quanto à possibilidade de estar havendo choque de horários entre as reuniões dos Conselhos de Saúde e do Comitê (ata nº 2, 2014). Além da narrativa abaixo:

Quais os critérios de escolhas das entidades representativas?
A mobilização para que as entidades participassem foi de acordo com o acesso. As entidades que participaram dos primeiros seminários, por exemplo. Aquelas que têm representantes no Conselho de Saúde, as mais atuantes (Conselheiro representante da SES).

Além da ampliação da participação, confere valor à experiência dos conselhos: a “eficiência administrativa” propiciada pela participação local. Nesse caso, o foco do argumento recai sobre a eficácia, sendo a participação um meio para se alcançar maior controle sobre a ação dos governos locais (FUKS, 2002, p.10). Destaca-se que a criação do Comitê seguiu alguns passos que merecem ser analisados. Primeiro a preocupação em orientar as instituições para indicar representantes que já faziam parte do Conselho Estadual de Saúde e que já possuíssem experiência em conselhos. Segundo, garantir que todas as entidades tivessem garantida sua participação. Terceiro, entendeu-se a

importância da criação desse grupo considerando a contribuição que poderia estar dando para a melhoria de acesso aos grupos vulneráveis aos serviços de saúde. Após composição dos membros e definição de regimento, o caminho seguinte foi encaminhar para o Conselho Estadual de Saúde para aprovação. Após aprovação, encaminhamento para o gestor estadual para elaboração da portaria e nomeação dos integrantes conselheiros. (registro em ata). Infere-se, dessa forma, a permanência recorrente de um mesmo grupo de entidades da sociedade civil; neste sentido: “[...] quanto mais uma entidade participa desse tipo de instituição, mais expertise ela e negativa adquire e, portanto, mais eficaz pode ser sua atuação” (RABELO, 2013, p.58). Assim, a permanência das mesmas entidades em vários conselhos é positiva, por um lado, e negativa, por outro. Positiva porque demonstra o interesse desse grupo em participar democraticamente das decisões do Estado e de colaborar com as políticas públicas, uma vez que adquiriu mais conhecimento sobre esta. Por outro lado, é negativa porque manter um mesmo grupo no poder pode levar à perda da contestação, fazendo do espaço pouca discussão acerca da Política. Neste caso, o Comitê preferiu apostar nos pontos positivos desta dupla participação.

Considerando que o objeto de estudo aqui analisado é a população negra, optou-se em pesquisar as principais reivindicações mais comuns do Comitê direcionada para a população quilombola. Dentre elas foi citada nos registros de ata “[...] a luta pela garantia de acesso destes grupos aos serviços de saúde de forma igualitária” (ata nº2, 2013). Com relação a essa reivindicação, alguns estudos revelam que a discriminação em saúde é implícita e nunca evidente, e está envolvida em relações sociais e econômicas determinando assim o processo saúde doença e o acesso aos serviços de saúde que se singularizam conforme diferenças dos grupos que compõem a população com maior desvantagem para os afrodescendentes cuja desigualdade social e de saúde tem origem em raça e classe (FRAGA, 2015, p.199).

Outras reivindicações foram “[...] a construção de unidades de saúde dentro dos quilombos ou próximos a estes facilitando a acessibilidade” [...]“Divulgação nos quilombos dos programas e projetos que venham beneficiar esse povo” [...] “Defesa da garantia de participação no Comitê e no Conselho de Saúde a fim de promover novos canais de participação”. De acordo com a Portaria nº 260 de 27 de setembro de 2013 que institui o Comitê em seu art 2º inciso VII, que fala da composição do mesmo, está regulamentada a participação do Movimento Social da População Negra de Sergipe com duas vagas titulares e duas vagas suplentes, porém, de acordo com as listas de presença

das cinco reuniões realizadas, esses representantes participaram de apenas duas. Outro fato que reflete a fragilidade da implantação da Política e as consequências da baixa representatividade de entidades negras no comitê refere-se exatamente às propostas de participação e controle social não serem voltadas para as situações específicas do negro, principalmente de combate a racismo – porta aberta para exclusão do direito de acesso à saúde (DANTAS, 2015).

Outra reivindicação apresentada pelos representantes do movimento social negro foi desenvolver práticas de educação em saúde nos quilombos a fim de que essa população fique consciente dos seus direitos e deveres (Conselheiro representante da população quilombola). Observa-se que apesar de já existir uma Política Pública de Saúde para toda a população, existem demandas específicas que, na visão dos grupos vulneráveis, não são contempladas. Por conta disso, as reivindicações são de interesses específicos da população negra que até então não se sente contemplada, como pode ser vista na narração a seguir:

Destas reivindicações, quais são assumidas pelo Comitê?
Até agora temos garantida a nossa participação no Comitê com direito a voz e a voto, isso é bom,; e o desenvolvimento de algumas práticas de educação em saúde nos quilombos; rodas de conversa apenas. Principalmente com os agentes comunitários de saúde. Mas, não em todos ainda, apenas três. Falta transporte pra levar os profissionais de saúde, as poucas reuniões que tiveram foram embaixo de árvores (representante da população quilombola).

A garantia da voz e do voto é um dos caminhos para a participação democrática, mas é preciso muito mais (GOHN, 2007). Além disso, faz-se necessário haver uma participação engajada na luta pela efetivação de direitos. Todavia, o próprio Movimento Social não incorporou a Política (MARMO, 2011, p.01). Até porque, ao perguntar: “Quais destas reivindicações tornaram-se políticas, no papel?”, o conselheiro respondeu: “No papel, nenhuma”. Isso só ratifica a afirmação de Gerschman: “Hoje, anos depois e no despontar do novo século, o movimento popular em saúde quase que desapareceu da cena política e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira” (2004, p.1673).

Continuando a entrevista, a pergunta seguinte foi: “E quais as reivindicações que foram efetivadas?”

Em 2010 o Estado realizou a 1ª oficina com os agentes comunitários de saúde das comunidades quilombolas, com o objetivo de desenvolver as principais questões relacionadas à promoção de saúde. Em 2014, iniciamos o ciclo de oficinas temáticas Pró-Comitê por todo o Estado, com o objetivo de apresentar a proposta e eleger o

representante de cada segmento de população vulnerável. Também foi realizada uma Roda de Conversa sobre Saúde do Povo de Terreiro (Representante da população quilombola).

Entre os anos de 2010 e 2014, apenas duas oficinas foram realizadas na tentativa de promover ações continuadas de capacitação o que demonstra insuficiência na formação profissional. A população se modifica bastante, os determinantes no processo de saúde-doença também sofrem modificações climáticas, culturais e sociais (TEIXEIRA, 2002). E se os profissionais não estiverem atualizados com as informações, torna-se difícil, ou até mesmo impossível, a oferta de serviço de qualidade que contemple os princípios do SUS e da CF.

Vale destacar que os conselheiros do COEPOPS representam os grupos vulneráveis em saúde e atendem ao critério de inclusão pré-estabelecido que é possuir experiências em outros espaços democráticos de participação. Desse modo, depois de verificar o contexto as condições de criação do referido Comitê, cabe adentrar nas informações diretas dos conselheiros, quem são eles? Como atuam? quais suas experiências sócio-políticas?

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHEIROS

Após adentrar no cotidiano do Comitê, é relevante analisar o perfil dos conselheiros em relação à idade, conhecimento sobre as formas de engajamento na política pública e em outros espaços. Para tanto, entrevistou-se os conselheiros e foi identificado que, dos dez entrevistados, cinco têm idade entre 41 a 50 anos (50%) enquanto que os outros cinco dividem-se entre 31 a 40 e 51 e 55 anos. Verifica-se que há predominância de homens nas representações das entidades, porém a categoria é heterogênea, pois há diferença de idade, de interesses, de religião, de formação e de envolvimento na Política. Ratifica o que Bourdieu (2007) afirma que “[...] o maior acesso ao político é por parte do público masculino”. O acesso à política é adquirido na formação acadêmica e em entidades anteriores, pois, em sua maioria, os conselheiros são técnicos das secretarias estaduais e já participam ativamente de alguma política pública.

Dos dez conselheiros entrevistados, 100% possuem experiências em outros conselhos (entrevistas com os dez conselheiros), a exemplo do que ocorre no Conselho de Saúde em que tal experiência é condição indispensável para participar do

COEPOPS. Os conselheiros participam de outros conselhos de outros fóruns de movimentos sociais, de sindicatos, de igrejas, de outras atividades sociais enfim, de múltiplos espaços associativos (FILLIEULE,2001). Através das entrevistas realizadas, nota-se que essas múltiplas participações possibilitam um maior conhecimento político, isto é, é um diferencial na participação do Conselho. Antes de serem conselheiros, os entrevistados relataram que já haviam participado de outras atividades políticas, a exemplo da fala a seguir: “[...] já fui líder comunitário, já faço trabalho voluntário desde 2000 e me identifico muito com essa atividade.” (Representante de comunidade quilombola). Nota-se que, quanto mais o conselheiro é engajado nos movimentos sociais, mas haverá possibilidade de construção de uma cultura política e, conseqüentemente, aumenta o poder de influência nas decisões.

É relevante notar a predominância da participação dos profissionais da área da própria política pública, neste caso estudado, os profissionais da política de saúde que, devido à aproximação e à identificação com o setor, são motivados para a causa. Nesse sentido, a entrada dos atores no Comitê é orientada por várias questões, o mais comum é ser diretamente engajado na área de saúde, via formação profissional, ou por fazer parte de espaços associativos destinados às causas políticas. Há, portanto, uma rede de relações, via formação acadêmica, religião, emprego, associação. Todos os conselheiros entrevistados apresentaram vivência em diferentes espaços de socialização para depois adentrar na esfera do Comitê.

Já fui presidente da associação de moradores do meu bairro e tenho muita experiência com conselho, além de gostar muito, embora não tenha muita valorização. Aprovamos uma coisa aqui e não se cumprem. É um descrédito enorme (representante da população do campo)

Além de representar a universidade neste Comitê, faço parte da Comissão de Políticas Públicas do meu conselho de classe (representante de instituição de ensino superior).

Faço parte do grupo de oração da minha igreja e não falto às reuniões deste Comitê (representante de entidades filantrópicas)

O indivíduo com conhecimento político aumenta o poder das decisões e o que tem vida associativa tende a participar e se interessar mais por assuntos públicos. Portanto, quanto maior a sua experiência em diferentes espaços de socializações, mais condições terá de contribuir para a construção da Política.

No que se refere à formação acadêmica dos membros do Comitê, destaque para a formação da área da saúde e nível superior, por serem em maior número os técnicos

representantes das demais políticas – saúde, assistência social, educação, direitos humanos. Ratifica-se que quanto maior a formação maior será o engajamento e o interesse pelas causas políticas (BOURDIEU, 2007). Destaca-se ainda que o indivíduo com formação acadêmica possui condições de debater com mais propriedade os assuntos de sua área de atuação por possuir elementos constitutivos em sua formação profissional que permitem a compreensão dos conteúdos, além das experiências no exercício profissional. Por sua formação paritária, o Comitê dispõe de outros membros representantes de população em situação de rua, representante dos índios Xocós e movimentos sociais de população do campo, por exemplo, que já possui uma formação de ensino fundamental completo ou incompleto, o que compromete parcialmente a participação desses indivíduos, no que se refere à elaboração de leitura e interpretação de leis, regimentos, regulamento e estatutos.

Enquanto 50% dos conselheiros ainda não ingressaram no ensino superior, todos os prestadores de serviço, assim como 85% dos trabalhadores já o fizeram. Nesses três segmentos, a metade (ou mais) dos seus representantes completou um curso de pós-graduação. No caso dos usuários, esse número cai para 10.7%. A diferença entre o usuário e os demais segmentos também é encontrada em outros recursos individuais, incluindo a renda. Mas, são os recursos coletivos que demarcam, de forma decisiva, as fronteiras entre segmentos (FUKS, 2002, p.11).

4.3 ATORES E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO

O COEPOPS não tem sede própria, e suas reuniões são realizadas mensalmente no auditório da Secretaria de Saúde do Estado, precisamente na Coordenação de Atenção Básica de Saúde. As pautas das reuniões são encaminhadas por e-mail com antecedência de 48 horas, no mínimo, garantindo o prazo de convocação legal. As suas reuniões ocorrem com a seguinte ordem: 1. Verificação de quórum suficiente para iniciar a reunião em primeira chamada, não sendo suficiente aguardar mais meia hora para verificar se os demais membros comparecem e completado o quórum iniciar; 2. leitura da ata anterior pelo Presidente do Comitê, que, após apreciação de todos, aprova ou não; Do ponto 3 em diante são debatidos os pontos previamente enviados aos membros. Ao final apresentam os informes e o que ocorrer no caso de uma reunião ordinária.

É importante destacar que existem vários interesses envolvidos por parte dos representantes das entidades e dos representantes do governo nesses Comitês. Por se tratar de um espaço de poder e de definir sobre recursos públicos, algumas participações são tendenciosas e, a depender do conhecimento e do domínio sobre a política, a atuação do conselheiro sofrerá influências de ordem pessoal ou institucional. Daí a necessidade de conhecer a política pública que está inserida para que, com propriedade, possa desdobrar suas ações com responsabilidade e compromisso. Os conselhos são espaços em que se exercita a democracia deliberativa, estão relacionados com as diferentes disputas de diferentes interesses e projetos políticos. Destaca-se mais aquele que melhor for detentor de múltiplos saberes sobre a política, apresentando melhores argumentos e propostas concretas e convincentes (CUNHA 2007).

Essa especialização na arte de argumentar e debater sobre a política favorece o indivíduo no sentido de controlar e coordenar as ações do Comitê, levando consigo os demais membros que não dominam aquelas informações e, portanto, prejudicam o grupo ou entidade que representa. Tratando do COEPOPS, verificou-se que não havia um especialista na área, mas militantes que dominavam a oratória e a capacidade de convencimento, pela própria vivência em outros conselhos e por suas experiências vividas em outros grupos associados. Essa afirmação só foi possível através da participação nas reuniões em que se observaram algumas representações mais seguras nas suas colocações e com domínio de algumas falas e assuntos. Porém, foram unanimidades as dúvidas sobre a implementação da Política, no sentido de identificar situações em que as diretrizes haviam, de alguma forma, sido consolidadas.

Durante o ano de 2013, data de criação do Comitê, só houve uma reunião, já no final do ano, na qual foi possível coletar informações através da ata de reunião. Na mesma constavam informações acerca de informes, planejamento do calendário para o ano seguinte (em anexo) e elaboração de relatório anual da Comissão. (anexo). No ano seguinte foram agendadas 12 reuniões, porém só foram realizadas quatro (lista de presença em anexo). No que se refere à participação mínima dos membros durante a reunião, verificou-se um envolvimento nos debates embrionário com discussões paralelas, atendimentos de celulares e pouco envolvimento.

Observa-se que a participação efetiva num Conselho não se dá apenas com a presença no espaço físico, mas é necessário que haja uma participação ativa, propondo, debatendo, levantando questionamentos que contribuam, de fato, com a política pública.

A dinâmica de funcionamento depende das concepções de cada membro a respeito do seu engajamento naquele espaço participativo democrático.

No item a seguir analisaremos como os membros podem se inserir no funcionamento do Comitê e contribuir com um engajamento mais contributivo.

4.4 DINÂMICA DE ENGAJAMENTO NO COMITÊ

Muitos são os interesses para o engajamento em causas sociais. A atenção por uma causa pode ser manifestada por diversas razões: pode ser pelo “[...] desejo de vantagens pessoais, solidariedade do grupo, princípio de compromisso com uma causa, desejo de ser parte de um grupo, etc.” (GOHN, 1997, p.106). Porém, para entendê-las é necessário analisar o contexto.

Neste estudo optou-se por analisar a carreira para entender o itinerário de cada membro, já que, na análise de Becker (2008), o conceito de carreira é abordado no sentido de entender o ator tendo como parâmetro um modelo sequencial de comportamento e interações sociais. Assim, foi possível compreender os motivos que levam os conselheiros a participarem de causas sociais e entrar em um conselho ou comitê. Verificou-se que grande parte dessas pessoas entrevistadas adentrou nesse universo através de amigos, ou seja, “[...] acentuado caráter relacional da construção de identidade social” (CORTEZ, 2013, p 37). A produção dessa identidade social está relacionada à coesão grupal e ao estabelecimento de fronteiras com outros grupos. Um dos entrevistados relatou ter-se engajado pelo trabalho, por ser técnico da Secretaria de Estado da Saúde. Outro informou ter-se engajado por já haver participado de outros espaços coletivos, como associações, e gostar das causas sociais. O representante de população de rua, por exemplo, destaca que o seu caráter revolucionário de lutar pelo que quer o levou a se envolver nestas causas. Citou inclusive, que “[...] tem casa e vive na rua porque quer”. Outros conselheiros inseriram-se a partir alguma situação vivenciada anteriormente e que o levou a se inserir (LAHIRE, 2004).

Assim, o engajamento nas causas sociais é motivado por diversas razões e dependem dos diferentes itinerários, os quais orientam as variadas formas de engajamento, e estas variam desde concepções políticas, religiosas ou profissionais.

Para os membros do COEPOPS, aquele espaço é um local de muito aprendizado: “[...] aqui aprendi muitas coisas já: a falar em público, das leis, dos direitos, dos interesses de cada um, é muito bom... sou outra pessoa”. Dada a riqueza da democracia

participativa presente na atuação em controle social, vale destacar o que Dantas (2015) afirma: o conselho promove o indivíduo a outro patamar de conhecimento. Nele é possível ensinar e aprender. Nessa afirmação, verifica-se que à medida que o indivíduo troca vivências, experiências e múltiplos saberes e se reconstrói suas histórias.

O Comitê proporcionou para outro entrevistado o interesse pela produção de conhecimento, a partir da vivência o entrevistado relatou que “Após dois anos de envolvimento em Conselhos e comitês procurei a universidade para voltar a estudar, fiz outro curso que muito me ajudou nesta caminhada”. Observa-se nesta narrativa a contribuição para a política e para o indivíduo, numa relação de ação e reação, numa troca de ações positivas e de crescimento. Desse modo, os indivíduos não só aprendem como ensinam e, mediatizados pelo mundo, crescem e trocam experiências de vida política e social.

Diante do exposto, e a partir das respostas apresentadas pelos entrevistados, pode-se verificar que todos os membros do Comitê trazem um passado que contribui para sua atuação nos espaços de decisões. As suas vivências e experiências anteriores devem ser levadas em consideração. Os mesmos possuem um saber que os habilita para a participação, são indivíduos conhecedores da causa social, saber este adquirido pela militância. Entendem que ali ampliaram seus conhecimentos e que ali se sentem valorizados como pessoas.

Conclui-se que não são pessoas leigas e não participam por terem boa vontade, mas por possuírem uma cultura política. São indivíduos que participam de vários espaços de decisão e contribuem significativamente com a construção da Política Pública.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação analisou a participação dos representantes do Estado e da sociedade Civil no Comitê Técnico Estadual da Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde no processo de implantação da Política Integral de Saúde da População Negra do Estado de Sergipe, através de um exame de suas carreiras. Os dados apresentados nesta pesquisa revelam que a história é construída numa perspectiva de totalidade e que os aspectos sociais, políticos e econômicos interferem na organização, na formulação, na implantação e na avaliação de um projeto de saúde, independente de época específica.

Para chegar a esta conclusão, optou-se por dividir a dissertação em três momentos, os quais foram analisados numa perspectiva relacional. No primeiro momento apresentou-se o processo de construção da Política de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o SUS, a partir da reconstituição histórica da Saúde Pública no Brasil, os atores sociais que contribuíram para a sua organização, bem como os movimentos sociais de Médicos, Movimento Popular em Saúde e Movimento de Reforma Sanitária. Constatou-se que o processo histórico e das oportunidades políticas interfere nas ações dos atores formuladores da Política.

Esse retorno à história permitiu compreender os fatores que levaram à construção de uma Política específica para essa população, optando-se por analisar a relação tríade entre Estado, Sociedade e Políticas Públicas, com o objetivo de descrevê-la e analisá-la, à luz da Sociologia que estuda e reconstitui a complexidade da sociedade, do Estado e das relações sociais e políticas. Ao decidir por esse caminho, adentrou-se no universo até então desconhecido pelo pesquisador a fim de compreender que as políticas públicas são instrumentos do Estado para intervir na sociedade. Assim, o trabalho contribuiu na formação de pensar à política pública como uma construção coletiva influenciada pelo sistema político. Nesse sentido, verificou-se que cada país apresenta situações específicas na construção da política pública e que, no Brasil, o processo de industrialização interferiu significativamente nas condições de vida e de saúde da população, contribuindo para a emergência de uma Política de Saúde Pública, não apenas como iniciativa do governo, mas como exigência da população que já se organizava coletivamente em busca de seus direitos.

No decorrer do estudo, observou-se o engajamento de diversos movimentos sociais, com destaque para o Movimento Negro, num passado mais recente, no

combate às discriminações, especificamente ao Programa para Tratamento de Pessoas Portadoras de Doença Falciforme, Programa de Saúde da População Quilombolas e Promoção de Participação e do Controle Social, através da criação de Comitê Técnico.

No segundo momento, optou-se por analisar os aspectos políticos e sociais na formulação da Política destacando os principais fatores que contribuíram para a construção: o momento político foi fundamental na definição da agenda do governo, na década de 1990 a 2000, recorte temporal de formulação, elaboração e implantação da política devido à pressão do movimento social organizado, associado aos indicadores sociais que despertam para os dados epidemiológicos dessa população; acrescentam-se, ainda, fatores externos à política, a exemplo da imagem do Brasil no cenário internacional

O estudo constatou que foi no Governo Lula (2003-2010) que o processo de implantação ganhou força por conta da articulação política deste com a sociedade civil organizada, além da presença de lideranças nos cargos públicos do governo, do crescimento de militantes/intelectuais e da inserção desses nos partidos políticos. Foram ressaltados alguns determinantes sociais a exemplo da inserção do quesito cor no sistema de informação de mortalidade e de nascidos vivos, a elaboração da Resolução 196 que trata da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, introduzindo o recorte racial em toda e qualquer pesquisa e a recomendação de uma Política Nacional de Assistência às Pessoas com Anemia Falciforme. Quanto aos determinantes políticos, embora a Política tenha surgido como pressão do Movimento Negro, foi identificado um período de refluxo dos movimentos quer pela presença de novos intelectuais na militância ou pela criação de novos movimentos através de novos atores. Identificou-se a necessidade de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde com vistas a minimizar o racismo institucional e a orientação na garantia de acesso aos serviços.

Destacou-se, neste estudo, a formulação e implantação da Política em Sergipe com o desenvolvimento de algumas ações a fim de contemplar os objetivos estrategicamente definidos pelo Comitê Técnico de Equidade e Educação Popular em Saúde: Elaboração de uma Programação Anual para todos os seis grupos que integram o Comitê (População Negra e Quilombola, População do Campo, População LGBT, População de Rua e População Indígena) com algumas ações realizadas: debates, seminários, mesa redonda, oficinas regionais, rodas de conversas, curso de extensão sobre práticas integrativas do SUS, participação em diversos eventos, regional e nacional. Elaboração de uma proposta de desenvolvimento das comunidades

quilombolas do Estado de Sergipe, em parceria com as Secretaria de Assistência Social, Direitos Humanos e Meio Ambiente, na qual faz um levantamento das necessidades dessas comunidades.

No terceiro capítulo apresenta-se o Comitê Técnico Estadual da Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde, através de seus atores e histórias, dinâmicas de engajamento de condições sociais. Nesse momento, expõem-se as reivindicações da comunidade negra no referido Comitê, as quais versam sobre a construção de unidades de saúde dentro das comunidades quilombolas, divulgação nos quilombos dos programas e projetos que venham a beneficiar a saúde do povo quilombola, garantia da participação no Comitê e melhoria das condições de moradia. Entretanto, grande parte dessas reivindicações não foi atendida durante os dois anos de criação do Comitê, visto que apenas a garantia de participação no Comitê e melhorias em algumas moradias foram atendidas. Quanto às informações de saúde, essas só chegam ao quilombo através dos agentes comunitários de saúde, numa frequência ínfima, o que dificulta o processo de educação.

Dessa forma, a pesquisa aponta para as seguintes conclusões: a Política de Saúde Integral da População Negra não foi implantada de fato, e o que existe na realidade são algumas ações de debates que não impactam a saúde dessa população. Quanto aos representantes do Comitê, constatou-se que, embora existam conselheiros com formação superior, prevalece o número de pessoas sem a formação mínima, o que não prejudica totalmente a atuação, já que são os recursos coletivos que demandam as fronteiras desse segmento, mas é um dado relevante neste estudo. Os representantes participam de uma rede de relação, via formação, religião, emprego e associações. Tais experiências fortalecem a participação no Comitê e em outros espaços de decisão. Por conta disso, tornam-se mais engajados e desenvolvem uma cultura política e a arte de argumentar, que controla e coordena as ações fortemente, influenciando os demais membros durante os debates e decisões.

Conclui-se, ainda, que os conselheiros conhecem a Política Pública, possuem um saber que os habilita para a participação e contribuem significativamente com a sua construção. São indivíduos conhecedores da causa social, engajados há um bom tempo, e, por conta disso, têm um itinerário que o motiva para tal, haja vista ser o Comitê um dos locais que amplia seus conhecimentos e eles se sentem valorizados.

Quanto aos representantes das comunidades quilombolas no Comitê, apresentam as mesmas características dos demais membros, porém encontram dificuldades em

participar das reuniões por falta de recursos para se deslocaram do quilombo até a sede da Secretaria. Duas oficinas foram realizadas com os profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde) das comunidades quilombolas, a fim de sensibilizar para o desenvolvimento de ações de promoção da equidade e educação popular, essa última foi aberta a toda a comunidade. Algumas comunidades já receberam suas novas moradias através do Programa “Minha Casa Minha Vida”, do Governo Federal, conduzindo a melhoria das condições de saúde, porém ainda lutam pelo saneamento básico, unidade de saúde, segurança e trabalho nas comunidades. As demais reivindicações ainda não foram atendidas, seja pela dificuldade de agendamento e tempo hábil para o processo ou pela ausência de estrutura, transporte e pessoal disponível.

Por fim, o presente estudo concluiu que são muitos os desafios para uma efetiva implementação da Política de Saúde Integral para a População Negra. O primeiro desafio é a reorganização do movimento negro resgatando as lutas, o envolvimento na causa da saúde, principalmente, além de adentrar no cotidiano das unidades de saúde a fim de sensibilizar todos os envolvidos no processo, já que o racismo institucional deve ser enfrentado juntamente com os usuários de saúde, profissionais de saúde, gestores e sociedade civil. O segundo desafio é fazer com que a Política de Saúde Negra seja mais debatida em escolas, ganhe os espaços das ruas, das praças, que não seja apenas uma questão de regras, da militância negra, necessitando se expandir para outros espaços de discussões.

Espera-se que este estudo provoque outros questionamentos a fim de num futuro bem próximo haja um aprofundamento da questão aqui analisada, na tentativa de repensar a Política Pública, a ação do Estado e da sociedade civil, trazendo às rodas de conversa e às mídias o problema de saúde que ainda acomete esse povo, mas precisamente a Política da Saúde Integral da População Negra.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Edna Maria; SILVA, Helton Pereira de. **Apresentação Dossiê “Saúde da População Negra”** In: Revista da ABPN , vol . 07, nº 16, mar-jun 2015, p. 12 a 15.

ARRETCHE, Marta; BUAINAIM, A.M; SILVEIRA, J.M.; MEIRELES, H. **Capital Social, Políticas Públicas e racionalidade dos atores: estudando o Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural**. UFMG. ABPC. Julho. BH: 2006.

BARCELOS, Marcio. **Atores, interações e escolhas: A política de silvicultura na área ambiental, no Rio Grande do Sul, 2004-2009**. Porto Alegre: 2010 (Dissertação de mestrado em sociologia).

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2008. 281p

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. SP: Hucitec, 1994.

BECKER, Howard S. **segredos e truques da pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BERGER, Peter L.; LUCKMAN, Thomas. **A construção Social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean- Claude; PASSERON, J. A profissão de sociólogo : preliminares epistemológicas. Petropolis, RJ : vozes, 2010

_____. **O poder simbólico**. 15º edição, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2011.

BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves de Bomfim. **O Movimento Negro da construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro**. In: Saúde da População Negra. Brasília:DF, 2ª edição, Editora Associação de Pesquisadores Negros, 2012, p.62 a 90

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS – Brasília** : Editora do Ministério da Saúde, 2010.56 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual da Anemia Falciforme para a população**. Secretaria da Assistência Social. Brasília:DF, 2007

_____. **Lei Nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010

_____. **Lei Nº 8142**, de 28 setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2010

_____. **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS-SE): Modelo Assistencial de Sergipe**. dez. Aracaju: 1987.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**, Brasília, DF, 2000. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> . Acesso em: 17 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.p.35-110.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In MOTA, A. E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**”. São Paulo: Cortez/OPAS/ OMS/ Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, TiemiK.Lobato. **Indígenas e não indígenas na Administração Pública: Uma etnografia da Secretaria de Estadual para as populações indígenas (SEIND) do Amazonas**. UFPA .Curitiba:2013 (Dissertação – mestrado).

CORTEZ, Soraya Vargas. **Contribuições teóricas e a pesquisa empírica da Sociologia às Políticas Públicas**. In: Revista Brasileira de Sociologia. SBS Vol. 01 nº 01 jan/jul 2013 p. 35-56.

CARVALHO, Jaci Meirelles. **A Poliomielite em Sergipe no ano de 1967**. Vol. 15 jul-dez .nº 3-4. Fundação do Ensino Médico de Sergipe Aracaju: 1967.

COHN, A.; Elias, P. G.M. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. 3. ed. São Paulo Cortez, 1999.

DANTAS, Ibarê. **Os partidos políticos em Sergipe.(1889-1964)**. Tempo Brasileiro: Rio de Janeiro, 1996.

_____. **História de Sergipe República (1889-2000)** . Tempo Brasileiro: Rio de Janeiro, 2004.

DANTAS, Isabela da Silva; SANTOS, Silvone Santa Barbara da Silva; SANTOS, Luciano Marcos dos; CARVALHO, Exanildo de Souza de Santana; ARAÚJO, Edna Maria da Silva. **Conselhos Municipais de Saúde na BA para o controle social: Um estudo de linha de base**. In: Revista da ABPN vol. 7, nº 16, mar-jun 2015 p. 52 a 73

DOIMO, A. M. *A vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

DOMINGOS, Luiz T.; LEITE, Ana Cristina R. de Melo; SILVA, Cosmo Helder Ferreira da.; SOUZA, Daniel Freire de. **Relato sobre as Políticas de saúde da população negra e indígena no Brasil**. In: Revista da ABPN vol7, nº16, mar-jun 2015, p. 16-27

FAUSTINO, Deivison Mendes. **A equidade racial nas políticas de saúde**. In: In: Saúde da População Negra.Brasília: DF, 2ª edição, Editora Associação de Pesquisadores Negros, 2012, p.92-121.

FAUSTO, Boris: **História do Brasil**, São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1995.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. 25 ed. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 2012.

FRAGA, Fabiane Albino; SANINO, Giane Elis de Carvalho. **Saúde da mulher negra passos e descompassos: ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel**; In: Revista da ABPN V7, nº 15, nov 2014 a fev 2015, p,192-211.

FUKS, Mário. **Participação Política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná**. UFF.ABCP. Julho: 2002.

GOHN, M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez 2001.

_____. **Movimentos Sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis, RJ: Cortez, 2010.

_____. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: editora Loyola, 1997.

GOIS, Magaly Nunes de. **Conselhos gestores: instrumentos de construção de nova esfera pública? Um estudo com conselhos de desenvolvimento sustentável**. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, 2004. (dissertação- mestrado em educação)

GUIMARÃES, A M.D N, EVANGELISTA, M.J. **Atenção Primária de Saúde: o desafio de transformar o discurso em prática**. In SUS, 20 Anos. CONASS Progestores, p. 175-198, Brasília: 2009.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologia Qualitativas na Sociologia**. 9. ed. Rio de Janeiro:Vozes, 2003.

LUZ, M. T. **Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - anos 80**. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. V. 1, n. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, 1991.

LOPES, P. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. In: Cadernos de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Brasília: DF, 2004.

LOWI, Michael. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise dialética**.. 17ª Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MACHADO, CV. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90**. *Cad Saúde Publica* 2007;23(9):2113-26.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. Hucitec, São Paulo, 1996. 300p.

MARMO, José. **A realidade sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <<http://saúdenegra.blogspot.com.br/2011/09.html>> acessado em 02/06/2015

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITECABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1995.

MEIRY, José Carlos S. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 1996.
MULLER, Pierre. **As políticas públicas como construção de uma relação com o mundo**. Ed. L'Harmant, 1995.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed., São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 2006.

PAIXÃO, et. al. (Orgs.). **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**- Brasília – DF Fevereiro de 2007. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pop_negra/politica_saude_da_pop_negra.pdf. Acesso em junho de 2012.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismocampanhista e desenvolvimentista no Brasil**. In: História, Ciências, Saúde: Manguinhos. v.13 n4 out –dez 2006.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. <http://portal.saude.gov.br> Acessado em 03/05/2010.

Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe. 99-117, 1920

RABELO, Renata S. Campos. **Conselho municipal de assistência social de Aracaju: análise das dinâmicas de participação dos representantes das entidades da sociedade civil**. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, 2013. (dissertação- mestrado em sociologia)

SANTANA, Antônio Samarone de. **As febres do Aracaju: dos miasmas aos micróbios**. Ed. UFS, Aracaju: 2001.

SANTOS, Rogério Carvalho. **Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SANTOS, Boaventura Souza; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura S. **democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: civilização brasileira, 2002.

SCHERER- WARREN, Ilse. **Movimentos sociais: um ensaio de interpretação sociológica**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1987- 2ª edição.

SILVA, Henrique Batista e. **História da Medicina em Sergipe**. Aracaju: J. Andrade, 2007.

SOUZA, Maria Edna S. de. **Movimento Negro em SE e Políticas institucionais: Um estudo a partir de carreiras de militantes negros.** São Cristóvão: UFS, 2012 (Dissertação – mestrado em sociologia).

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: um revisão da literatura.** In: Sociologias. Nº 16, ano 8. Porto Alegre: 2006, p. 20-45

WEBER, Max. **Economia e Sociologia: fundamentos da sociologia compreensiva.** Brasília, Ed UNB, 1992

TEIXEIRA, Carmem Fontes e cols. **Modelos de Atenção Voltados para a Qualidade, Efetividade, Equidade e Necessidades Prioritárias de Saúde.** Brasília, 1998.

TEIXEIRA, Carmem Fonte. **SUS e Vigilância da Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

YAMAUTI, Nilson Nobuaki .**A teoria política hobbesiana.** Ano I - Nº 01 - Maio de 2010 - Bimensal - Maringá - PR - Brasil - ISSN 1519.6178

APÊNDICE 1 - REUNIÃO EM 27/02/2014



FOLHA DE FREQUÊNCIA

Reunião do Comitê Técnico das Políticas de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde.

LOCAL: sala de saúde dos mercados

DATA: 27/03/2014

HORÁRIO: 14h

Nº	NOME DO PARTICIPANTE (LETRA DE FORMA)	ENTIDADE	E-MAIL	TELEFONE	ASSINATURA
12	Priscila Telles Albuquerque	FDEPOP	priscila@fdepop.org.br	(11) 91301936	Priscila
13	Filipe A. N. Tellez	FDEPOP	filipe@fdepop.org.br	(11) 91301936	Filipe
14	Carla de Almeida	MOPSC	carla@fdepop.org.br	(11) 91301936	Carla
15	Luiz Carlos B. Soares	SES-SE	luiz@ses-se.org.br	(11) 91301936	Luiz
16	Mª. Gênia Tavares Leite	ISS-SE	maria@iss-se.org.br	(11) 91301936	Gênia
17	José de Carvalho	MOPSC	jose@fdepop.org.br	(11) 91301936	José
18	Priscila Albuquerque Soares	ISS-SE	priscila@iss-se.org.br	(11) 91301936	Priscila
19	Antônio Telles de Almeida	FDEPOP	antonio@fdepop.org.br	(11) 91301936	Antônio
20	Margarida M. S. Souza	MOPSC	margarida@fdepop.org.br	(11) 91301936	Margarida
21	Priscila Albuquerque	MOPSC	priscila@fdepop.org.br	(11) 91301936	Priscila
22	Simone	MOPSC	simone@fdepop.org.br	(11) 91301936	Simone

APÊNDICE 2

REUNIÃO UGT QUILOMBOLA - 03/06/2014



Reunião Pró UGT Quilombola

- **Data:** 03/06/2014
- **Local:** Sede da Secretaria Estadual dos Direitos Humanos e Cidadania.
- **Participantes:** Luiz Cláudio Barreto Soares (SES), Pedro Neto (SEDHUC), Zé da Liga (SEDHUC), Tâmara (SECULT), Messias (SEDURB), 02 Representantes da SEIDES, 02 Representantes da Secretaria de Estado da Agricultura.
- **Objetivo:** Reunião convocada pela SEDHUC através do Ofício nº 100/2014 (em anexo), com o objetivo de avaliar e definir a implementação da Unidade Gestora Transversal dos Programas e Orçamentos Anuais que atendem as Comunidades Quilombolas no Estado de Sergipe.
- **Pauta:**
 - Contextualização da atenção às Comunidades Quilombolas no Governo do Estado de Sergipe e criação da UGT;
 - Projeto de avaliação e Desenvolvimento das Comunidades Quilombolas em Sergipe / SEDURB;
 - Decreto do Governo do Estado de Sergipe nº 29.050, de 14 de fevereiro de 2013, que institui a Unidade Gestora Transversal dos Programas do PPA 2012/2015 e Orçamentos Anuais que atendem às Comunidades Quilombolas.
 - Análise de conjuntura e institucional da atenção às Comunidades Quilombolas no Governo do Estado de Sergipe;
 - Estratégias e ações já desenvolvidas pelas Secretarias de Governo para as Comunidades Quilombolas;
 - Importância, responsabilidades, objetivos e organização da UGT;
 - Alinhamento da UGT com a diretriz prioritária do Governo do Estado de redução das desigualdades e inclusão social;
 - Responsabilidades, comprometimento e mobilização para a efetivação da UGT.
- **Encaminhamentos/Deliberações:**
 - Necessidade de sensibilização e mobilização de todos os atores e setores envolvidos, para a importância social e estratégica do projeto;
 - Confirmação das representações das Secretarias participantes da UGT;
 - Encaminhar o quanto antes a publicação da portaria de instituição da Composição da UGT;
- **Próxima reunião**
 - 13/06/2014 – 8:00 hs – Local: SEDHUC.
 - **Pauta:**
 - Alinhamento e contextualização da Criação da UGT;
 - Ações já desenvolvidas pelas Secretarias Do Governo do Estado;
 - Plano de Ação compartilhado para atender às demandas das Comunidades Quilombolas.

Aracaju, 03 de junho de 2014.

LUIZ CLÁUDIO BARRETO SOARES
Área Técnica de Promoção da Equidade

APÊNDICE 3

PORTARIA DE CRIAÇÃO DO COMITÊ



Governo de Sergipe
Secretaria de Estado da Saúde
Gabinete do Secretário

Portaria Nº.260, de 27 de setembro de 2013.

Institui o Comitê Técnico Estadual de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde do Estado de Sergipe – COEPOPS.

A SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas nos termos do artigo 90, incisos II e VII da Constituição do Estado de Sergipe, de conformidade com o art. 12, IV da Lei Estadual nº 3.630, de 26 de junho de 1995 e as disposições da Lei nº 7.116, de 25 de março de 2011,

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, que institui a Política Nacional de Atenção Integral dos Povos Indígenas;

Considerando a Portaria nº 971 GM/MS, de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas do SUS;

Considerando a Lei Estadual Nº 6.345, de 02 de janeiro de 2008, que dispõe sobre organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe - SUS/SE;

Considerando a Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

Considerando a Portaria nº 2.836/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT);

Considerando a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 02 de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta (PNSIPCF);

APÊNDICE 4 **LISTA DE PREENÇA EM REUNIÃO – 06/05/2014**



LISTA DE PREENÇA

- 4ª Reunião Ordinária do Comitê Estadual de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde
 Local: Auditório da Vigilância Sanitária Estadual Data: 06/05/2014 Horário: 14:00hs

NOME	ENTIDADE/SETOR	E-MAIL/TELEFONE	ASSINATURA
Thais T.T. Rodrigues	CODES/FUNESA	thais.rodrigues@gmail.com	
Fernando W. Trindade	CODES/FUNESA	Fernando.Trindade@gmail.com	
Sandra M. Farias	CODES/FUNESA	Sandra.Farias@FUNESA-SE.gov.br	
Leandro André Sousa Neto	VPS/SSS	leandroandresousa@gmail.com	
Edson Santos	USP	edson.santos@usp.br	
Roberto Francisco do Santos	CEB/SES	roberto.franco@SES-SE.gov.br	
Regilly Nogueira de Souza	INTERA	regillynogueira@gmail.com	
Thais T.T. Rodrigues	SES	thais.rodrigues@SES-SE.gov.br	
Clayton Vinícius de Araújo	DEPARTAMENTO DE TV	clayton.vinicius@SES-SE.gov.br	
Thais T.T. Rodrigues	DEPARTAMENTO DE TV	thais.rodrigues@SES-SE.gov.br	
Thais T.T. Rodrigues	SES - SE	thais.rodrigues@SES-SE.gov.br	
Arbinari dos Santos Gomes	UNIT	arbinari.dos.santos@gmail.com	